MÉMOIRE

SUR LES

HÉMATOCÈLES PÉRI-UTÉRINES

SPONTANÉES,

Par le Dr T. GALLARD,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

Lu à la Société médicale des hôpitaux le 14 juillet 1858.



Extrait des Archives générales de Médecine,
numéro d'octobre 1860 et suivants.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

—

1860

MÉMOIRE

SUR LES

HÉMATOCÈLES PÉRI-UTÉRINES

SPONTANÉES,

Les tumeurs sanguines qui se rencontrent assez fréquemment dans l'excavation du bassin chez la femme ont été décrites, depuis un petit nombre d'années, comme formant un groupe de maladies à part, sur lesquelles l'attention est assez vivement attirée en ce moment pour qu'on puisse considérer leur étude comme ayant un certain intérêt d'actualité. Cette circonstance m'encourage à présenter non pas un exposé dogmatique et complet de la question, mais quelques vues qui me sont personnelles et se rattachent à plusieurs particularités importantes du sujet.

La question du diagnostic et celle du traitement ont été agitées en 1851 au sein de la Société de chirurgie ; celle qui a trait au siége anatomique et au mode de formation n'a été que posée devant l'Académie des sciences par M. Laugier, sans recevoir de solution. C'est cette dernière question que je désire surtout soumettre à l'appréciation de MM. les membres de la Société médicale des hôpitaux de Paris, avec l'espoir qu'elle pourra être opportunément discutée et très-probablement élucidée par eux.

Quoique mon intention soit seulement d'exposer les résultats de mes recherches sur l'origine, le mode de formation et le siége anatomique des *hématocèles péri-utérines spontanées*, je ne pourrai cependant pas traiter cette partie du sujet d'une façon exclusive, et sans m'occuper des autres points de l'histoire de ces hémorrhagies. Je devrai donc, après une partie destinée à la pathogénie de la maladie, donner une description nosographique, dans laquelle j'exposerai rapidement ce qui est relatif à l'étiologie, à la symptoma

tologie, au diagnostic et au traitement. Quant à l'historique, comme je l'ai tracé ailleurs (*Bulletins de la Société anatomique*, septembre et octobre 1855) avec tous les développements qu'il comporte, je n'y reviendrai pas, et je me bornerai à citer seulement les auteurs dont j'invoquerai le témoignage ou dont je discuterai les opinions.

PREMIÈRE PARTIE.

PATHOGÉNIE.

I. *Division du sujet.*

Si l'on envisage les tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne de la façon la plus générale possible, on reconnait de suite qu'il n'y a pas moyen de rattacher leur production à une cause unique et qui soit toujours la même. Ces tumeurs se rencontrent en effet dans une foule de circonstances extrêmement différentes, et par elles-mêmes elles n'ont rien de spécial, puisqu'elles peuvent se produire indistinctement chez les deux sexes. Mais il faut bien reconnaître que leur fréquence n'est pas la même dans l'un et dans l'autre, car c'est à peine si l'on en signale quelques rares exemples chez l'homme, tandis qu'elles sont très-communes chez la femme. Ce premier fait incontestable démontre de suite, et d'une façon péremptoire, que les fonctions particulières dévolues aux organes génitaux de la femme exercent une influence des plus notables sur la production de ces hémorrhagies internes; tout en prouvant que si cette influence est capitale, elle n'est pas seule apte à expliquer la production de la maladie dans tous les cas si variés dans lesquels on la rencontre. Si donc on veut savoir au juste comment et de quelle façon s'exerce l'influence spéciale à l'organisation féminine, il faut faire en sorte de ne pas englober tous les cas possibles dans une seule et même description et s'attacher surtout à séparer les unes des autres : 1° les hématocèles péri-utérines qui sont bien réellement le résultat d'un trouble des fonctions ou d'une lésion des organes de la génération ; 2° les hématocèles péri-utérines indépendantes des organes génitaux et survenues dans des circonstances qui auraient été capables de déterminer une lésion tout à fait analogue, même chez l'homme.

§ 1. *Hématocèle résultant d'une lésion chirurgicale.* — On comprend que dans le principe on n'ait pas songé à établir une semblable division, qui même encore aujourd'hui est assez difficile à tracer, et on conçoit que Récamier et M. Bourdon, qui ont parlé les premiers des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme se soient exclusivement occupés de les traiter. Plus tard M. Nélaton et son élève M. Viguès, puis le plus grand nombre des praticiens qui ont pris part à la discussion soulevée sur ce sujet à la Société de chirurgie, tout en portant aussi leur attention presque exclusive sur le traitement, ont commencé à se préoccuper du siége anatomique de la maladie; ils ont borné leurs investigations sur ce sujet à rechercher si la collection sanguine se développe en dedans ou en dehors de la cavité péritonéale, sans entreprendre d'expliquer quand et pourquoi on la rencontre dans un point plutôt que dans l'autre. Tandis que chacun s'efforçait alors de faire rentrer tous les faits indistinctement dans la catégorie du petit nombre de ceux qu'il lui avait été donné d'observer, et ne voulait pas tenir compte des faits contradictoires, M. Huguier, qui avait certainement plus vu et peut-être aussi mieux vu que ses collègues, est venu donner raison à tous en établissant des divisions et des catégories grâce auxquelles il lui a été facile de démontrer que l'épanchement sanguin peut être tantôt intra-péritonéal, tantôt extra-péritonéal, et provenir de sources diverses, ou être déterminé par des causes qui varient suivant les cas. Voyons donc quelles sont ces causes multiples et tâchons de faire la part de chacune d'elles.

I. La première qui se présente naturellement à l'esprit, puisqu'il s'agit d'une hémorrhagie, c'est le traumatisme. Une violence extérieure, une plaie profonde, une simple contusion, peuvent, en intéressant un vaisseau sanguin, être la cause d'une hémorrhagie interne, qui viendra former une collection sanguine intra-pelvienne.

II. En l'absence même de toute violence extérieure, une artère et surtout une veine pourra s'ulcérer, se rompre, et donner lieu à une semblable hémorrhagie. Cette rupture spontanée aura lieu plus facilement encore si les veines du plexus pampiniforme sont variqueuses. L'esprit admet facilement qu'en effet un certain nombre des hémorrhagies péri-utérines peuvent être la conséquence de la rupture d'une veine variqueuse; mais faut-il rapporter tous

les faits indistinctement à cette cause, qui a été signalée par M. Richet et par M. Devalz? Je ne le pense pas, et ce qui me semble diminuer singulièrement son importance, c'est que chez l'homme on rencontre, tant autour de la prostate que du bas-fond de la vessie, un lacis veineux à peu près aussi considérable que celui qui existe autour du vagin ou de l'ovaire. Ce plexus veineux n'est pas plus que celui de la femme pourvu de valvules, il est au moins aussi sujet aux dilatations variqueuses; et cependant les hématocèles du petit bassin sont aussi rares chez l'homme qu'elles sont fréquentes chez la femme. Par cela seul qu'elle est commune aux deux sexes, cette première cause ne peut donc être considérée comme ayant une importance majeure dans le développement de la maladie.

III. Puisque nous avons affaire aux organes génitaux, et qu'il s'agit d'une maladie spéciale au sexe féminin, c'est dans les organes génitaux eux-mêmes que nous devons trouver le point de départ de la maladie. Du moment où l'on s'engage dans cette voie, il est tout naturel de se demander si le sang de l'hématocèle n'est pas autre chose que le sang menstruel non évacué au dehors. M. Bernutz a le premier (*Archives gén. de méd.*, 4e série, t. XVII et XVIII, juin 1848 et suiv.) signalé plusieurs exemples d'hématocèles dans lesquelles il y avait bien réellement rétention du sang des règles par suite d'un obstacle mécanique s'opposant à son expulsion, et il n'est pas douteux que les hématocèles provenant de cette source ne forment une variété importante de la maladie, car on en trouve d'assez nombreux exemples consignés dans les annales de la science. Ainsi, outre les faits cités par M. Bernutz, M. Piogey en a rapporté un qui peut à la rigueur être interprété dans ce sens (*Bull. de la Société anat.*, 1850); de Haen, au dire de M. Ledru (thèse, 1855; *De la Membrane appelée hymen*), puis MM. Marchant et Massé (*Arch. gén. de méd.*, 1851), en ont publié d'autres bien plus démonstratifs. L'obstacle siégeant à la vulve était constitué par une imperforation de l'hymen, et le sang, après s'être accumulé derrière cette membrane, avait reflué dans l'utérus, puis dans la trompe, et enfin dans le péritoine. On ne peut s'empêcher de rapprocher de ces observations celle de M. Decès (*Bull. de la Société anat.*, 1854), où il y avait un utérus et un vagin doubles avec absence d'ouverture d'un de ces vagins à l'extérieur; le sang menstruel

s'était amassé du côté imperforé dans la cavité vaginale, puis dans l'utérus, et enfin dans la trompe, où il formait un kyste, dont la rupture détermina une péritonite suraiguë promptement mortelle.

Mais, si l'on comprend comment s'est faite la rétention dans tous ces cas où il y avait obstacle matériel réel s'opposant à l'écoulement du sang menstruel, on ne s'explique pas qu'une simple contraction spasmodique de l'un des orifices, soit interne, soit externe, du col utérin, puisse déterminer un semblable résultat. En effet, le sang accumulé dans la cavité utérine aurait certainement une force d'expansion plus que suffisante pour vaincre l'obstacle apporté à son issue au dehors par cette simple contraction spasmodique de l'orifice cervico-utérin, alors qu'il a celle de distendre le corps de l'utérus, puis les trompes elles-mêmes, pour refluer à travers les conduits tubaires jusque dans le péritoine. Il n'y a donc pas lieu d'admettre, avec M. Bernutz, que ce mécanisme rende compte de tous les cas, d'autant plus qu'à l'autopsie de femmes mortes d'hématocèles péri-utérines, on ne retrouve ni dans l'utérus ni dans les trompes le sang coagulé ou liquide qui devrait s'y rencontrer s'il avait été arrêté par la contraction de l'orifice cervico-utérin, et qui s'y retrouve réellement lorsqu'il y a véritable obstruction par obstacle mécanique.

Quoique liée d'une façon plus intime que les deux précédentes aux fonctions des organes génitaux, la dernière cause que nous venons d'invoquer est encore loin de pouvoir suffire à expliquer je ne dirai pas tous les faits d'hématocèles péri-utérines, mais seulement le plus grand nombre de ces faits.

Du reste, les trois causes que nous avons successivement invoquées jusqu'à présent, et qui, il faut bien le dire, tiennent chacune un certain nombre de cas sous leur dépendance, sont tout à fait chirurgicales, puisqu'elles consistent : 1° dans une violence extérieure amenant une plaie ou un déchirement vasculaire ; 2° dans une rupture plus ou moins spontanée de veine variqueuse ; 3° dans une oblitération mécanique, congénitale ou acquise, d'un conduit destiné à déverser à l'extérieur un produit sécrétoire. Mais ces conditions sont loin d'être communes ; elles ne président au contraire que fort rarement et d'une façon exceptionnelle au développement des hématocèles péri-utérines. Les trois variétés d'hématocèles qui se produisent ainsi me paraissent pouvoir constituer

une grande classe à laquelle je donnerai le nom d'*hématocèles chirurgicales,* pour les distinguer des *hématocèles médicales,* dont le développement est véritablement *spontané,* et dont la cause première ne peut être trouvée en dehors d'un trouble apporté à l'exercice régulier des fonctions génitales.

§ 2. *Hématocèles provenant du trouble apporté dans l'exercice d'une fonction physiologique ; hématocèles véritablement* SPONTANÉES. — Ce sont ces dernières qui constituent les faits les plus habituels, ceux que nous devons surtout étudier si nous voulons chercher les principes d'une loi générale qui soit capable de nous faire considérer la lésion dont il s'agit comme une maladie distincte, méritant une description à part, et ayant le droit d'occuper une place déterminée dans le cadre nosologique. Cette place distincte, cette description séparée, les cas particuliers dont nous nous sommes occupé jusqu'ici ne la méritent certainement pas, et il suffit, pour en donner une idée satisfaisante, de leur consacrer un paragraphe dans le grand chapitre des *hémorrhagies internes,* ou, comme l'ont fait Récamier et M. Bourdon, d'en parler incidemment, lorsqu'on trace l'histoire des *tumeurs fluctuantes du petit bassin.* Mais pourrait-on comprendre ainsi dans une description incidente la classe importante dont il nous reste à nous occuper, et qui est constituée par les hématocèles de cause véritablement interne et d'origine tout à fait spontanée ? Je ne le pense pas, et c'est pourquoi j'insiste avec tant de soin sur la nécessité d'établir une distinction préalable, qui se trace naturellement d'elle-même, quand on examine les faits avec une certaine attention.

J'ai déjà eu occasion de développer en partie mes idées sur ce sujet devant la Société anatomique (1), où je dois dire qu'elles ont été assez vivement attaquées pour prouver qu'elles ne sont pas passées inaperçues. Depuis lors il m'a été dit, dans une discussion nouvelle (2), que M. Trousseau, admettant tout à fait la nécessité de cette distinction, désigne les deux classes d'hématocèles péri-utérines en donnant à la première le nom d'*hématocèles accidentelles,* à la seconde celui d'*hématocèles cataméniales.* Je con-

(1) Séances des 26 mars, 9 et 16 avril 1858.

(2) Séance du 4 juin 1858.

state ce fait avec grand plaisir, et je m'emparerais volontiers de l'expression proposée par le savant professeur de clinique médicale, quoiqu'elle puisse s'appliquer aussi bien aux hématocèles par obstacle apporté au cours du sang menstruel qu'aux hématocèles purement spontanées, si elle convenait également aux cas nombreux, peut-être les plus nombreux de tous, dans lesquels avec l'hématocèle il y a une grossesse extra-utérine. Je suis donc forcé de la répudier et d'établir ma division au milieu du second groupe admis par M. Trousseau ; car, des hématocèles de ce second groupe, les unes, dues à une oblitération du conduit vulvo-utérin, sont *accidentelles*, quoique *cataméniales*, et celles qui sont véritablement spontanées peuvent être accompagnées de grossesse extra-utérine. Je dis accompagnées et non pas compliquées, car le fait de la grossesse extra-utérine coïncidante ne me paraît pas suffisant pour me faire établir une subdivision dans la classe des hématocèles spontanées ; bien au contraire, il me semble de nature à nous mettre sur la voie pour expliquer comment se forment ces collections sanguines dans tous les cas où la cause qui préside à leur formation nous avait jusqu'à présent échappé.

Y a-t-il entre les hématocèles péri-utérines simples vulgaires et les grossesses extra-utérines les moins compliquées possible une relation quelconque capable de nous faire comprendre comment les unes et les autres se rencontrent si fréquemment réunies sur le même sujet ? Tel est, après un beaucoup trop long préambule, le point à l'élucidation duquel je me propose de consacrer ce travail.

J'ai dû insister sur les considérations préliminaires que je viens de développer pour bien faire comprendre que *je ne prétends pas expliquer* tous *les cas, donner une règle qui ne comportera* aucune *exception,* mais seulement chercher si les faits qui ne rentrent pas dans l'une des catégories précédentes, et qui sont certainement les plus nombreux, ne peuvent pas s'expliquer par une simple perturbation apportée dans l'exercice régulier d'une fonction physiologique. Il devient donc nécessaire, avant d'aller plus loin, d'établir, d'après les travaux les plus récents, la part qui revient à chaque organe dans l'exercice régulier des fonctions génitales, si nous voulons savoir quel est celui dont le trouble aura assez d'influence pour produire l'hématocèle.

II. *Considérations physiologiques.*

On comprend sans peine que la menstruation ait été signalée comme devant jouer un très-grand rôle dans la production des hématocèles péri-utérines. Son influence a été reconnue par les premiers observateurs, qui ont constaté que de terribles accidents menstruels, plus ou moins graves, plus ou moins prolongés, précédaient ou accompagnaient d'habitude l'apparition de la tumeur constituée par le kyste sanguin. C'est cette observation qui a inspiré à M. Bernutz sa théorie de la contraction spasmodique du col. Mais l'utérus n'est pas le seul organe qui soit appelé à jouer un rôle dans la production de l'hémorrhagie cataméniale ; l'ovaire a aussi et surtout une part importante dans l'exercice de cette fonction. Aussi, quoique le sang évacué au dehors pendant les règles provienne en plus grande partie de l'utérus, cette hémorrhagie n'est qu'un complément d'action, un symptôme par lequel se traduit à l'extérieur le travail dont l'ovaire est le point de départ et le centre. C'est donc dans l'ovaire et non dans la matrice qu'il faut chercher la cause de l'hémorrhagie menstruelle.

Dans le plus grand nombre des hématocèles, on voit l'utérus fournir non-seulement le sang qu'il évacue à l'état normal pendant une période menstruelle, mais en donner même une quantité beaucoup plus grande, nouvelle preuve que la perturbation n'a pas porté directement sur cet organe, et que surtout la collection sanguine ne se forme pas par suite d'un arrêt des règles. Il faut donc aller plus loin que l'utérus et remonter jusqu'aux trompes, jusqu'à l'ovaire même, pour assister en même temps et à l'acte physiologique de la menstruation et au trouble des fonctions génitales, duquel procède l'hématocèle péri-utérine spontanée.

Il est aujourd'hui démontré, et personne ne songe plus à élever sérieusement le moindre doute à ce sujet, que la menstruation est le résultat ou, si l'on veut, la conséquence d'une véritable ponte spontanée. A chaque époque menstruelle, l'œuf subit dans l'intérieur de la vésicule de de Graaf une évolution particulière, qui l'amène à maturité. La vésicule contenant cet œuf ainsi mûri se gonfle, s'hypertrophie, atteint le volume d'une cerise ou d'une petite noix ; indépendamment de l'injection sanguine qui se fait

alors dans les tuniques de la vésicule, il y aurait en outre, suivant Raciborski, un petit épanchement de sang dans l'épaisseur de ses parois, qui, bientôt amincies peu à peu, finissent par se rompre, et, en se déchirant, laissent échapper l'ovule. Le pavillon de la trompe, en s'appliquant sur la surface de l'ovaire, vient saisir cet ovule pour le transporter dans l'utérus, d'où il est expulsé au dehors dans un cas de simple menstruation, où il se développe régulièrement s'il est fécondé. Les phénomènes qui se passent du côté de l'ovaire dans une simple menstruation ne diffèrent en rien de ceux qui surviennent dans une grossesse commençante. L'acte physiologique est tellement le même dans les deux cas, que Bischoff considère la fécondation comme étant tout à fait sous la dépendance de la menstruation; pour lui l'ovule se développerait toujours et uniquement, d'une façon périodique et régulière, sans que sa maturation puisse être hâtée par le coït; par conséquent la conception ne pourrait jamais avoir lieu en dehors des limites du temps nécessaire pour la production complète de tous les phénomènes de la ponte spontanée. L'œuf devrait donc être arrivé à maturité de lui-même pour pouvoir être soumis à l'action du principe fécondant, sans qu'aucune circonstance pût activer sa maturation. Il y a probablement une grande exagération dans ce que cette opinion a de trop absolu, et peut-être est-il plus convenable d'admettre, avec M. Coste, dont la manière de voir est partagée par M. Longet, que «si les œufs peuvent atteindre spontanément leur maturation et passer des vésicules de de Graaf rompues dans les trompes de Fallope; s'ils opèrent leur déhiscence chez les femmes qui sont vierges comme chez celles qui ne le sont pas, et indépendamment de l'influence du sperme, *le coït n'est peut-être pas sans influence pour activer leur maturation et surtout leur chute;* que même les seules excitations génésiques ou d'autres circonstances peuvent hâter le retour des époques où s'accomplissent normalement ces phénomènes » (Longet, *Traité de physiologie,* p. 99). Ce développement artificiel de l'ovule, pendant une période intermenstruelle, s'accompagne des mêmes troubles du côté de l'utérus et du système génital, et par suite du même écoulement sanguin par la muqueuse utérine, que si l'ovulation avait eu lieu à son époque régulière. Ainsi je me rappelle avoir été, il y a peu de temps, consulté par une jeune femme que le retour prématuré de ses règles

douze ou quinze jours après leur disparition avait fort effrayée, car elle n'avait jamais été soumise à une semblable perturbation des fonctions cataméniales, et chez laquelle, tout examen scrupuleusement fait, je fus bien forcé d'attribuer ce dérangement à des excitations vénériennes de nature plutôt cérébrale que génitale, mais qui avaient été souvent répétées et longtemps prolongées depuis l'époque précédente.

Dans tous les cas, une seule chose domine la physiologie de l'ovaire, c'est l'évolution de l'œuf, évolution qui se produit toujours de la même manière et avec le même cortége de symptômes extérieurs, soit qu'il se détache spontanément, soit que sa chute résulte d'une maturation hâtée par des circonstances extérieures, soit enfin que ce même ovule ait ou non subi l'influence du principe fécondant. M. Négrier a établi et M. Longet a répété après lui que l'ovaire dans lequel se développe l'ovule destiné à se détacher au moment de la ponte soit spontanée, soit provoquée par une excitation génitale, est plus turgide, plus volumineux, plus douloureux, que celui du côté opposé; en un mot, il est congestionné, il est gorgé de sang. Dans cet ovaire, dont le tissu est ainsi imbibé de liquides, il se fait une plaie, plaie par déchirure, je le veux bien, mais enfin il se fait une plaie par suite du détachement de l'ovule. Cette plaie donne lieu à une hémorrhagie plus ou moins considérable, on ne peut le nier: la preuve, c'est que, aussitôt après la chute de l'ovule, la cavité de la vésicule se trouve immédiatement remplie par du sang; ce sang est bien réellement extravasé, il est expulsé hors de ses vaisseaux et réuni en petite collection qui forme un caillot à l'intérieur de la vésicule de de Graaf, dont la plaie se cicatrise. Ce caillot est si constant, si manifeste, que Bischoff, que Montgomery, que M. Coste lui-même, admettent son existence: ce dernier pense qu'il y a d'abord exsudation dans le follicule ovarien d'*une matière gélatiniforme, laquelle est souvent colorée en rouge par le sang qui s'écoule de quelques vaisseaux ouverts.* Ce qui se rapporte à cette matière gélatiniforme, au plissement de la membrane vésiculaire, etc., ne nous intéresse pas pour l'instant, puisque nous ne nous occupons pas de la formation des corps jaunes; l'essentiel pour nous est qu'il y ait du sang extravasé à l'état normal au moment de chaque ponte (qu'elle soit spontanée ou provoquée, que l'ovule soit fécondé ou non), et qu'il

se forme alors une hémorrhagie dans l'ovaire. Cette hémorhagie peut être aussi petite, aussi insignifiante, que l'on voudra le supposer, à l'état normal; il suffit que son existence soit constatée d'une façon irréfragable. C'est à nous de voir maintenant si elle ne peut pas, sous certaines influences, prendre des proportions telles qu'au lieu de rester un phénomène physiologique, elle se transforme en un acte morbide. La production de cette hémorrhagie une fois démontrée (et il suffira de lire la relation des 13 autopsies pratiquées par M. Bischoff (*Études sur la théorie de la menstruation et de la fécondation; Archives de médecine*, 5e série, t. III, 1854) pour ne pas conserver le moindre doute sur la manière dont elle se forme), il reste à déterminer ce que devient le sang expulsé. Nous savons bien ce qu'il devient dans la vésicule, et les modifications qu'il y subit ont assez été étudiées par les auteurs qui se sont occupés de la formation des corps jaunes; mais existe-t-il en totalité dans cette vésicule? N'y en a-t-il aucune parcelle d'expulsée au dehors? Malheureusement ici nous ne sommes plus sur le terrain des faits; nous n'avons plus par devers nous d'observations rigoureuses sur lesquelles nous appuyer, car tous les auteurs sont muets à cet égard. Nous devons donc nous résigner à faire de l'analogie et de l'hypothèse, cependant l'hypothèse que nous nous permettons de présenter n'a rien de tellement étrange qu'elle ne puisse être acceptée et doive être repoussée sans examen. Elle consiste tout simplement à admettre qu'une partie de ce sang extravasé dans la cavité de la vésicule, après l'expulsion de l'ovule, peut et doit, dans l'état ordinaire, s'échapper de l'ovaire et être déversé à travers le conduit de la trompe jusque dans la cavité utérine. Notez bien que l'ovule suit lui-même ce trajet; qu'au moment où il se détache, le pavillon de la trompe vient s'appliquer sur la surface de l'ovaire pour le saisir et lui livrer passage, et qu'enfin, aussitôt après la chute de cet ovule, la loge qu'il occupait est envahie par le sang, qui fait ainsi irruption dans une cavité récemment ouverte, dont la plaie n'est pas encore cicatrisée. Est-il donc si absurde de supposer que dans de telles conditions, une petite quantité de ce sang s'écoule dans la trompe avec l'ovule, et, accompagnant ce dernier jusque dans l'utérus, vienne ainsi augmenter pour une faible part la quantité de sang évacuée au dehors à chaque époque menstruelle, et dont la majeure partie provient de la

muqueuse utérine? Le phénomène de la déhiscence de l'ovule qui se passe dans l'ovaire est accompagné d'une congestion active, générale, de tous les organes génitaux, et notamment de l'utérus, à travers la muqueuse duquel exsude, comme nous venons de le dire, le sang des règles. Les trompes, de leur côté, deviennent turgides, s'érigent pour venir embrasser l'ovaire et faire cheminer l'ovule dans leur cavité; mais il n'est dit nulle part qu'elles aient jamais été vues fournissant un contingent, si petit qu'il soit, à l'hémorrhagie cataméniale. Mentionnons seulement ce fait négatif, et enregistrons le fait important pour nous; car, en même temps qu'il domine toute la théorie de la menstruation et celle de la fécondation, il nous semble de nature à nous expliquer par quel mécanisme se forment les hématocèles péri-utérines spontanées dans les cas en apparence les plus obscurs :

« **Que l'œuf se détruise et se perde, ou qu'il fructifie et poursuive son évolution, peu importe; le fait ne se réalise pas moins de la même manière** » (Longet, *Traité de physiologie*, p. 106).

« **Il y a ou il n'y a pas fécondation; dans l'un et l'autre cas, tout se passe de la même manière** » (Négrier, *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires*, p. 57; 1858).

III. *Théories de l'hématocèle spontanée.*

I. *M. Viguès.* Lorsque va se produire l'acte physiologique de l'ovulation spontanée, plusieurs causes peuvent intervenir pour déterminer les accidents caractéristiques de l'hématocèle. Ainsi M. Viguès, qui a le premier agité cette question, pense que le sang menstruel, au lieu de traverser l'oviducte pour être expulsé au dehors, s'écoule directement de l'ovaire dans le péritoine. Cet accident aurait lieu parce que le pavillon de la trompe, au moment de la ponte spontanée, ou ne serait pas appliqué directement sur l'ovaire, ou aurait laissé échapper l'ovule pendant la migration de ce dernier, après la rupture de la vésicule de de Graaf. Pour cet auteur déjà, il y a donc une très-grande analogie entre ce qui se passe alors et ce qui a lieu quand se forme une grossesse extra-utérine. S'il n'établit pas d'une façon directe et irréfragable cette analogie, du moins il la fait pressentir, et nous devons dire que nous l'avons trouvée en germe dans ses travaux. Nous n'avons fait

que la développer, et en tirer des conséquences peut-être plus étendues qu'il n'eût osé le faire lui-même.

II. *M. Laugier.* Si cette manière d'envisager l'hématocèle péri-utérine et de se rendre compte de son mécanisme n'a pas été plus généralement acceptée, c'est qu'elle n'expliquait pas comment il se fait qu'une si grande quantité de sang puisse être pathologiquement fournie par l'ovaire, quand, à l'état normal, cet organe en laisse à peine exsuder quelques gouttes. Dès qu'on s'est trouvé arrêté par cette objection, on a cherché à invoquer la ponte ovarique comme la cause de l'hématocèle, et c'est alors que M. Laugier a fait intervenir la congestion de l'ovaire, à laquelle il a fait jouer le rôle le plus important (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 26 février 1855; *Sur l'origine de l'hématocèle rétro-utérine*). Pour ce professeur, l'hémorrhagie qui va former le kyste péri-utérin n'est pas due uniquement à une migration incomplète ou défectueuse de l'ovule, au moment de la ponte spontanée, puisqu'elle débute quelquefois plusieurs jours après les règles, alors que l'ovule devrait avoir parcouru régulièrement son trajet à travers la trompe, et que du reste cette hémorrhagie, une fois produite, est encore sujette à des accroissements progressifs, à la manifestation desquels l'ovaire ne peut être étranger. Mais, comme Bischoff prétend que l'ovule sort de la vésicule seulement quand l'écoulement menstruel cesse, et, comme d'un autre côté les hématocèles n'apparaissent souvent que quelques jours après les règles, on ne peut dire non plus que le détachement de l'ovule n'a pas contribué à leur production. C'est donc la déchirure de la vésicule de de Graaf, laquelle a lieu journellement sans amener aucun accident, lorsque l'ovaire est sain, qui deviendra la cause occasionnelle d'une hémorrhagie, si au contraire, par suite de circonstances accidentelles, cet organe est le siége d'une lésion inflammatoire ou même d'un simple travail congestif. Alors, en effet, les petits vaisseaux, déchirés par suite de la rupture de la vésicule de de Graaf, au lieu de ne laisser écouler qu'une petite quantité de sang et de se refermer promptement, comme il arrive d'habitude, resteront ouverts et donneront lieu à une hémorrhagie qui, n'ayant pas d'issue au dehors, constituera une hématocèle péri-utérine, car «ce ne sont plus seulement les vaisseaux intéressés dans la rupture de la vésicule sur le trajet de l'ovule qui fournissent le

sang, mais ceux des parois vésiculaires du corps jaune et du tissu ovarien, sur toute la circonférence du kyste vésiculaire» (Laugier).

Et rejetant aussi loin que possible l'idée de faire intervenir comme cause de l'hématocèle péri-utérine la migration incomplète ou défectueuse de l'ovule, M. Laugier se défend énergiquement de professer une semblable opinion, qui, dit-il, «contient peut-être en germe une partie de la vérité, mais ne peut passer pour une démonstration, car elle ne tient pas compte des conditions particulières et anatomiques qui donnent lieu à l'hématocèle, et de plus, la migration incomplète de l'ovule n'est pas nécessairement liée à la formation d'un épanchement sanguin au dehors ou au dedans du péritoine» (*loc. cit.*).

«Envisager la migration imparfaite de l'ovule comme la cause de l'hématocèle me paraît donc une simple hypothèse, d'autant plus que la migration complète n'est pas incompatible avec cet épanchement» (*loc. cit.*). Pour cet auteur donc, la ponte spontanée n'est qu'un phénomène accessoire, peu important, nullement indispensable; elle n'agit que s'il y a une congestion ovarique, et c'est cette congestion ovarique qui, il ne faut pas l'oublier, domine tout; c'est la lésion morbide primitive.

III. *Véritable rôle de la congestion ovarique.* Nous avons vu plus haut que, d'après les savantes recherches de M. Négrier, cette congestion de l'ovaire est forcée, nécessaire, et se rencontre inévitablement dans toutes les ovulations, spontanées ou non. Alors c'est donc l'évolution de la vésicule de de Graaf qui est le fait primitif, capital, important, et la congestion n'en est que la conséquence. Est-ce à dire que cette congestion n'ait pas une importance majeure? Non, certes. Je la crois nécessaire, indispensable, et j'ai même, dans la faible mesure de mes forces, cherché à démontrer comment elle agit, comment, si elle ne domine pas tous les cas d'hématocèle péri-utérine, en qualité de cause première ou de fait primitif, elle les tient cependant sous sa dépendance immédiate, comme cause accessoire indispensable. C'est elle qui se retrouve dans tous les cas, même dans ceux d'hématocèles traumatiques; on la rencontre également dans les hématocèles spontanées; mais à elle seule elle ne suffirait pas pour les produire, même en admettant comme point de départ l'hémorrhagie provenant de la plaie de la vésicule de de Graaf, car cette plaie existe, accompagnée de la

congestion ovarique, dans toutes les menstruations, et cependant l'hématocèle ne se forme pas alors.

Il y a donc une autre cause; quelle est-elle, sinon un désordre, un trouble quelconque, survenu dans l'exercice de la fonction menstruelle, soit au moment de la déhiscence de l'ovule, soit pendant sa migration à travers l'oviducte? La congestion peut-elle par elle-même avoir d'autre résultat que celui d'alimenter l'hémorrhagie, et de lui fournir les éléments nécessaires pour son aggravation?

Dans toutes les ovulations spontanées, il y a bien la congestion de l'ovaire, il y a bien rupture de vaisseaux; et pourtant il ne se forme pas d'hématocèle, avons-nous dit. Ne serait-ce pas parce qu'alors la congestion est modérée, et que l'hémorrhagie produite en est le meilleur mode de curation; car la petite quantité de sang qui s'écoule de l'ovaire après la déchirure de la vésicule de de Graaf, et est ensuite expulsée dans la cavité utérine, par l'intermédiaire du pavillon et de la trompe, suffit à dégorger l'organe ovarique, à le *décongestionner*. Pour que l'hémorrhagie soit plus intense et plus durable, il faut donc qu'il y ait, en dehors de la congestion proprement dite (et qui est elle-même un acte tout physiologique, quoique se rapprochant déjà de l'état morbide), quelque chose qui l'entretienne et l'exaspère, au point de transformer l'exercice régulier de la fonction en un acte pathologique. Cette cause dépendra ou de l'ovaire ou des organes voisins. Si l'ovaire est trop congestionné, l'état dans lequel il se trouve se rapproche trop de l'inflammation pour que la petite quantité de sang à laquelle la trompe peut livrer passage suffise à le dégorger; l'hémorrhagie, au lieu de cesser spontanément après l'émission de quelques gouttes de sang, persistera. Le liquide sanguin, ne trouvant pas un passage suffisamment libre pour s'écouler par la trompe, sera deversé dans le péritoine; là il deviendra le point de départ d'une inflammation plus ou moins vive, qui, se propageant à son tour jusqu'à l'ovaire, augmentera encore les dispositions hémorrhagiques de ce dernier, et, après avoir été un des premiers effets de la maladie, remplira le rôle de cause pour l'aggraver et la faire durer. Si, d'une autre part, alors que l'ovaire est modérément congestionné et fournit une petite quantité de sang tout à fait normale, la trompe, le pavillon lui-même, se trouvent gênés dans l'exercice

de leur fonction, cette petite quantité de sang toute physiologique ne sera pas expulsée; elle restera soit dans le péritoine, soit dans la trompe, soit dans l'ovaire, soit dans une cavité limitée d'une part par la trompe, de l'autre par l'ovaire. Là elle jouera le rôle d'épine inflammatoire, qui, n'agissant sur l'ovaire que pour le congestionner davantage, sollicitera de lui une nouvelle hémorrhagie, laquelle, s'ajoutant à l'hémorrhagie physiologique primitive, en fera un état morbide (1).

IV. *M. Puech et M. Trousseau.* Indépendamment de la congestion ovarique, on a encore invoqué, comme cause primordiale de l'hématocèle, la congestion de la trompe utérine ou même uniquement de son pavillon, à chaque époque menstruelle. On suppose que la muqueuse tubaire, vivement congestionnée, laissera exsuder du sang à sa surface, comme le fait la muqueuse utérine à chaque menstruation, comme le fait la pituitaire quand il y a épistaxis, etc., et que ce sang, ne pouvant s'écouler par l'utérus, devra tomber dans le péritoine et y constituer la collection morbide désignée sous le nom d'*hématocèle péri-utérine.* Cette hypothèse, invoquée par M. Puech (2), puis habilement défendue par M. le professeur Trousseau dans une de ses plus brillantes leçons cliniques (3), a pour objet d'expliquer certains faits exceptionnels relatés par M. Tardieu, et présentés par lui comme des exemples de péritonite hémorrhagique, et non comme des cas d'hématocèle ordinaire. Mais ces faits sont tellement étranges qu'ils demandent à être étudiés à part, d'une façon particulière, et il nous semble

(1) Depuis que ce travail a été lu à la Société des hôpitaux, j'ai entendu un de mes collègues, M. Bernutz, exprimer cette opinion, que la composition du sang a une importance capitale dans la production des hématocèles péri-utérines, dont il rattache ainsi l'existence à un état général, semblable à celui qui préside à la production des autres hémorrhagies. Je n'ai rien à objecter à une semblable manière de voir, qui ne me paraît pas en contradiction avec la vérité des faits. Je comprends en effet que, si un sujet est plus disposé qu'un autre aux hémorrhagies, la plus légère cause locale les déterminera plus facilement chez lui ; mais, même avec une prédisposition aussi grande qu'on voudra la supposer, il n'y aura hématocèle péri utérine que par le concours des conditions locales que je vais exposer. C'est pourquoi je crois être autorisé à dire que, si M. Bernutz et moi nous étudions la maladie à deux points de vue différents, nos opinions, loin de se contredire, peuvent au contraire se compléter mutuellement.

(2) Thèse de Montpellier, 1858.

(3) *Gazette des hôpitaux,* 22 juin 1848.

indispensable d'attendre qu'ils se reproduisent de nouveau, pour être suffisamment édifié sur leur véritable signification.

M. Trousseau ne partage pas, à leur égard, la manière de voir du médecin qui les a observés, et, jugeant par analogie, d'une part, il conteste à la séreuse péritonéale la possibilité de servir de point de départ à une hémorrhagie spontanée ; car, dit-il, l'hémorrhagie capillaire et par exhalation ne se fait d'habitude que par les muqueuses ; d'autre part, il n'admet pas que la plaie ovarienne, résultant de la rupture de la vésicule de de Graaf, par suite de la déhiscence de l'ovule, puisse fournir le sang de cette hémorrhagie, car cette plaie est le résultat d'une déchirure, d'un arrachement, et l'on sait que les plaies par arrachement ne saignent pas. La séreuse abdominale, la plaie ovarique, ne pouvant fournir le sang, il faut donc chercher ailleurs l'origine de l'hémorrhagie qui doit forcément, suivant lui, partir d'une surface muqueuse; et comme la seule muqueuse avoisinante est celle de l'oviducte, le sang doit donc transsuder de la face interne du pavillon de la trompe. Telle est du moins la théorie de M. Trousseau, telle qu'elle a été exposée par deux de ses élèves devant la Société anatomique (1), car je n'ai pas eu l'honneur de la lui entendre développer à lui-même.

A cette théorie, mon bon ami et collègue, M. Axenfeld, a fait alors une objection fort judicieuse, à laquelle je ne trouve rien à ajouter. On s'appuie, a-t-il dit, sur deux hypothèses qui auraient besoin d'être elles-mêmes démontrées avant de servir de base au raisonnement. Ainsi nous ignorons si l'hémorrhagie a lieu réellement par la muqueuse tubaire, à chaque époque menstruelle, et ce fait n'a jamais été signalé d'une façon précise par les auteurs qui se sont le plus occupés de la menstruation. Nous savons au contraire, et tous les observateurs sont d'accord pour l'affirmer, qu'à chaque époque menstruelle, il se fait dans l'ovaire une hémorrhagie ayant son origine à l'intérieur de la vésicule de de Graaf, de laquelle l'ovule s'est détaché.

Nous en concluons donc que, moins encore que la congestion de l'ovaire, la congestion de l'oviducte, et plus particulièrement de

---

(1) Séance du 4 juin 1858.

la muqueuse, peut être considérée comme la cause première ou capitale des hématocèles péri-utérines spontanées.

IV. *Exposé de la théorie de l'auteur.*

J'ai suffisamment expliqué plus haut quel rôle il faut, selon moi, attribuer à la congestion ovarique, dont M. Laugier a, je crois, exagéré l'importance en la présentant comme la cause principale, mais dont il a eu raison de faire ressortir l'efficacité réelle, car elle agit dans tous les cas indistinctement. A elle seule, cette congestion est complétement incapable de produire une hématocèle, mais sans elle toutes les autres causes, les plus diverses, épuiseraient inutilement leur action, et ne produiraient pas non plus la maladie. En effet, si la congestion ou l'inflammation tant de l'ovaire que des parties voisines n'existait pas primitivement ou ne se produisait pas d'une façon consécutive, l'hémorrhagie n'aurait pas lieu, ou elle ne fournirait pas une quantité de sang assez considérable pour constituer un état morbide grave, comme cela a lieu dans les cas d'hématocèles péri-utérines.

Je m'explique donc très-bien comment, l'attention de M. Laugier ayant été frappée par l'universalité d'action de cette cause, qu'il a vu agir dans tous les cas, il a été conduit à la regarder comme la seule condition indispensable pour expliquer la formation des hématocèles péri-utérines en général. Je serais du reste très-mal venu de lui en faire un reproche, moi qui ai partagé ses opinions et défendu ses doctrines sans restriction, après qu'il les a eu formulées. Mais, même au moment où, à son exemple, je plaçais la lésion ovarique en première ligne, je me suis trouvé arrêté devant des cas qui auraient dû, dès cette époque, me mettre complétement sur la voie, si j'avais su les interpréter avec plus de rigueur que je ne l'ai fait alors. La congestion ovarique me suffisant, je ne cherchais qu'elle, et lorsque je l'avais rencontrée, je n'allais pas plus loin; j'ai même eu le tort de l'invoquer pour expliquer un fait dans lequel elle ne devait pas exister. Il s'agit de l'observation empruntée par Deneux à Chaussier, et que j'ai déjà citée par extraits dans mon mémoire lu à la Société anatomique en 1855.

Observation Ire. — Une femme de campagne, âgée de 30 ans, d'une forte constitution, étant dans le cinquième mois de sa quatrième gros-

sesse, monta sur une charrette qui se rendait à la ville, distante de son domicile d'environ 2 lieues. Pendant la route, sur un chemin caillouteux, brisé par des ornières profondes, cette femme se plaignit plusieurs fois que la violence des secousses et des cahots de la voiture lui causait de grandes douleurs, surtout du côté droit de l'abdomen; cependant elle eut le courage d'y résister. A son arrivée à la ville, elle se mit sur un lit pour se reposer de ses fatigues; mais bientôt il survint des faiblesses, des défaillances, des sueurs froides, et cette femme mourut tranquillement dans l'espace de trois heures. A l'ouverture du corps, qui fut faite par Leroux, de Dijon, nous trouvâmes l'utérus arrondi, développé comme il l'est au terme de quatre à cinq mois de grossesse; il occupait la région hypogastrique, et contenait un fœtus que nous jugeâmes d'environ cinq mois de conception. Cet organe, ainsi que les viscères des différentes cavités splanchniques, ne nous présentèrent aucune altération remarquable; mais il y avait dans la partie profonde de l'abdomen, du côté droit, sous le péritoine, une grande quantité de sang noir, en partie fluide, en partie coagulé, qui était infiltré, ramassé en un foyer, et formait une longue et large tumeur qui, de la fosse iliaque du côté droit, s'étendait jusqu'à la hauteur du rein, et avait près de 5 pouces de largeur. Nous évaluâmes à plus de 3 livres la quantité de sang extravasé, et après avoir nettoyé, abstergé autant qu'il fut possible, ce vaste foyer, nous reconnûmes évidemment que l'effusion du sang avait été produite par la rupture d'une des veines de l'ovaire droit, veines qui toujours sont dilatées pendant la grossesse, surtout chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants. (Chaussier, *Mémoires et consult. de médecine légale*, etc.; Paris, 1824, p. 397. Deneux, *Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin;* Paris, 1830, p. 17.)

«Là, disais-je, la question est réduite à la plus grande simplicité possible; il n'y a plus à s'occuper de la ponte spontanée, du trajet suivi par l'ovule, de la déchirure de la vésicule de de Graaf, du sang menstruel. *Nous avons un ovaire turgide, congestionné;* il est soumis à des secousses assez violentes et répétées, une déchirure a lieu, il se produit une hématocèle...»

Cette explication irait à merveille, si nous ne nous trouvions arrêté par une toute petite difficulté, que personne n'a songé à nous objecter, et qu'il est de notre devoir de signaler, quoique nous ne soyons pas en état de la résoudre. Bischoff affirme (et c'est une autorité devant laquelle je m'empresse de m'incliner, quoique je n'aie pas vérifié le fait par moi-même) que l'ovaire est loin d'être congestionné pendant la grossesse.

«C'est à tort, dit-il en effet, qu'on attribuerait le développe-

ment complet du corps jaune, dans les cas où il y a fécondation, à une plasticité plus grande de l'appareil génital survenant dans ces circonstances. L'utérus seul, et un peu le vagin, sont le siége, si je puis m'exprimer ainsi, de cette plasticité ; les ovaires n'y ont pas la moindre part. *On voit toujours, chez les femmes enceintes, l'ovaire petit, racorni, sec, pâle, contenant peu de sang.*» Cet état exsangue n'existe, bien entendu, qu'à une époque assez avancée de la gestation, au cinquième mois par exemple, comme était la malade de Chassier; car «dans les premiers temps, au moment où le follicule se crève, où il se remplit de sang, pendant que la membrane de la vésicule de de Graaf commence à constituer le corps jaune, on ne peut établir aucune différence, autant que le prouvent mes observations et celles des autres. Pourquoi y en aurait-il une, puisque les premiers phénomènes de conception sont ceux de la menstruation, rupture d'un follicule, etc.?» (Bischoff, *Études sur la théorie de la menstruation et de la fécondation ; Archives générales de médecine* (1854), 5[e] série, tome III, p. 544.)

J'avais donc commis une grave et flagrante erreur en me servant de cet exemple (qui, du reste, doit, d'après les considérations sur lesquelles j'ai longuement insisté en commençant, être rangé parmi les hématocèles traumatiques), en m'en servant, dis-je, comme d'un fait susceptible d'établir une certaine corrélation entre les hématocèles simples et celles qui sont accompagnées de grossesse extra-utérine. Ces cas compliqués, que M. Laugier regarde comme exceptionnels, avaient en effet déjà fortement attiré mon attention, et je m'exprimais ainsi à leur égard :

«On doit cependant accorder une certaine attention à cette *variété*, j'ai presque dit à cette *classe* particulière de tumeurs sanguines du petit bassin, sur laquelle M. Huguier a insisté à la Société de chirurgie ; car, s'il est possible d'expliquer la production de l'épanchement sanguin en leur appliquant les principes de la théorie de M. Laugier, il reste encore à savoir comment et pourquoi l'ovule fécondé a été détourné de sa voie régulière. Qu'est-ce qui a pu s'opposer à son passage à travers l'oviducte et à son arrivée dans l'utérus? Qu'est-ce qui a pu faire, en un mot, que la grossesse, au lieu d'être régulière, soit anormale et extra-utérine? Et dans les cas où, au lieu d'être éloigné du kyste hémorrhagique,

comme cela avait lieu dans une de mes observations, l'embryon se trouve situé au centre même des caillots sanguins, n'est-il pas possible de rapporter à la même cause, et la production de l'hémorrhagie, et celle de la grossesse extra-utérine? Ce sont autant de questions que je me contente de poser, sans vouloir entreprendre de les résoudre ici. Je rappellerai seulement que dans tous les cas, qu'il y ait ou non grossesse, la seule condition indispensable pour qu'une hématocèle se produise, c'est qu'il y ait une lésion de l'ovaire, ou seulement un simple degré de congestion de cet organe, congestion en vertu de laquelle ses vaisseaux auront plus de tendance à se déchirer, et, une fois rompus, à donner lieu à une hémorrhagie. »

Je me trouvais, comme on le voit, toujours ramené vers la congestion, et cela parce qu'un des exemples qui avaient été mis sous mes yeux (observation de M. Fleuriot, prise dans le service de M. Nonat), et à la dissection attentive duquel j'avais participé, m'avait montré un kyste fœtal en rapport avec l'ovaire gauche, tandis que la collection sanguine était en communication directe avec l'ovaire droit. Cette circonstance m'avait conduit à dire : « La grossesse extra-utérine n'est ici qu'une coïncidence de l'hématocèle, et évidemment il n'y a entre les deux aucune relation *directe.* Seulement la grossesse extra-utérine est la cause prédisposante, et elle a, à ce titre, exercé une *action indirecte*, excessivement importante, en amenant cet état de congestion de l'ovaire que dans les idées de M. Laugier, auxquelles nous nous rallions, nous savons être indispensable pour que l'hématocèle se produise. »

Malgré tout, je ne pouvais cependant me refuser à reconnaître l'importance de ces cas compliqués; car M. Gaube en avait cité un, observé dans le service de M. Aran (*Bulletins de la Société anatomique*, 1853); j'en avais moi-même (*Bulletins de la Société anatomique,* 1854) publié un que j'ai recueilli à l'hôpital Beaujon, et qui a été vu par MM. Robert et Huguier; et plusieurs autres auteurs en avaient observé de semblables, sans parler de ceux qui sont passés inaperçus quand les autopsies ont été faites trop rapidement. Aussi eus-je grand soin d'en tenir compte et de faire toutes mes réserves en ce qui les concerne, en introduisant dans les conclusions de mon travail la proposition suivante :

« On ne peut savoir si le détachement d'un ovule fécondé déter-

minera l'hématocèle plus facilement que celui d'un ovule non fécondé. »

Une étude nouvelle et plus attentive de ces anciens faits, auxquels sont venus s'ajouter ceux que j'ai pu observer depuis, m'autorise à être aujourd'hui plus explicite. Je crois donc pouvoir avancer, en conservant toutefois les formes dubitatives, que la déhiscence d'un ovule fécondé me paraît plus apte à déterminer une hémorrhagie péri-utérine, que la chute d'un œuf arrivé simplement à maturité sans fécondation ; et que, dans tous les cas, le mécanisme d'après lequel se produit l'hématocèle péri-utérine spontanée ne diffère en rien de celui qui préside au développement de la grossesse extra-utérine. Si bien que ces hématocèles devraient être considérées comme de véritables grossesses extra-utérines, qu'il y ait ou non fécondation de l'œuf, dont l'évolution aura été la cause première, nécessaire pour la production de l'hémorrhagie (1).

S'exprimer ainsi, ce n'est pas, il faut bien l'entendre, nier la production de l'hématocèle spontanée, sans conception ; c'est seulement rapprocher ces deux altérations pathologiques, grossesse extra-utérine et hématocèle, par un lien étroit, et établir entre elles le même rapport qu'il y a entre l'ovulation ordinaire, ou ponte spontanée de la menstruation, et l'ovulation génésique, ou ponte provoquée de la grossesse. Aussi, me rendant aux objections qu'avait soulevées contre moi l'idée de considérer l'hématocèle comme une grossesse extra-utérine, alors qu'il ne devait et ne pouvait pas y avoir eu conception et partant grossesse, me suis-je décidé à remplacer cette expression par une plus convenable, en disant : l'*hématocèle péri-utérine*, et il est bien entendu que je

(1) Cette idée vient si naturellement à l'esprit que je ne puis même pas m'attribuer le mérite de l'avoir formulée le premier. En faisant des recherches pour répondre à quelques objections qui m'avaient été posées par M. Béhier, je viens de trouver, dans les *Bulletins de la Société anatomique* (février 1853), les réflexions suivantes, faites par M. Denucé, à l'occasion d'une présentation de M. Pize: « Ces tumeurs ne seraient-elles pas toujours le résultat d'une grossesse extra-utérine, analogue à celle que nous avons sous les yeux, avec cette seule différence, que le fœtus, arrivé à une période moins avancée, passerait ordinairement inaperçu » (*Bulletins de la Société anatom.*, t. XXVIII, p. 41). Il y a trop de similitude entre cette manière de voir et celle au développement de laquelle j'ai consacré ce travail, pour que je ne m'empresse pas de la signaler. (*Note de l'auteur*, 28 avril 1860.)

parle seulement de celle qui naît d'une façon toute *spontanée*, *doit être considérée comme une ponte extra-utérine.*

Dans certains cas, l'ovule, qui fait presque forcément le centre de la masse sanguine, peut ne pas être fécondé, mais il doit l'être dans le plus grand nombre; seulement ou il n'a pas eu le temps de se développer d'une façon suffisante pour être retrouvé à l'autopsie, ou il aura été détruit par suite des changements survenus dans les caillots eux-mêmes. Ce qui le démontre surabondamment, c'est que même dans les cas où l'embryon a été retrouvé, il était moins développé que ne le comportait son âge, d'après le début probable de la grossesse. Ainsi, dans le fait de M. Fleuriot auquel j'ai déjà fait allusion (*Bulletins de la Société anatomique*, 1855), « la femme est enceinte depuis près de deux mois; car, cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, elle attendait ses règles, qui ont alors manqué, et l'œuf renferme un embryon de très-petite dimension, dont la tête, les bras, le tronc, se distinguent très-bien, tandis que les membres abdominaux sont à l'état d'appendices excessivement courts.» Dans une autre observation qui m'est personnelle, et que j'ai également présentée à la Société anatomique, la différence est encore plus sensible, car le fœtus paraît avoir à peine sept semaines ou deux mois, tandis que la conception remontait à plus de dix semaines.

Obs. II. — R..... (Marie), femme W....., 32 ans, limonadière, entre le 3 novembre 1854, à l'hôpital Beaujon, n° 355 (service de M. Robert).

C'est une femme forte, bien constituée, n'ayant jamais eu de maladies graves, et ayant eu seulement de petites indispositions assez fréquentes dont il sera fait mention plus loin, car toutes paraissent avoir été sous l'influence de la menstruation.

Cette femme raconte que vers l'âge de 11 à 12 ans, elle toussait souvent, et que pendant ces deux années elle a été presque constamment enrhumée, mais que cette toux a disparu immédiatement après l'apparition de ses règles, qui a eu lieu vers l'âge de 13 à 14 ans. La menstruation s'est établie avec facilité et a continué à être régulière tous les mois depuis la première époque. Il arrivait fréquemment que les règles fussent moins abondantes, et qu'elles s'accompagnassent de malaise, de céphalalgie, de douleurs utérines et lombaires, accidents qui disparaissaient après l'application d'un petit nombre de sangsues. Deux fois pourtant, à 16 et à 23 ans, ces accidents furent plus sérieux; il y eut de la tension du ventre, de la fièvre, du délire même. On eut recours aux évacuations sanguines plus vigoureusement que d'habitude : deux

fois on appliqua 20 sangsues sur l'abdomen, on fit plusieurs saignées générales, et après une maladie qui chaque fois avait forcé la patiente à garder la chambre cinq ou six semaines, la santé se rétablit.

Les règles présentaient toujours la même régularité quant à leur apparition, les mêmes variations en ce qui concernait l'abondance du flux sanguin et les douleurs dont son écoulement était accompagné.

Depuis cinq ans qu'elle est mariée, elle n'a jamais eu de retards dans l'apparition de ses règles. Ses règles de juillet se sont montrées régulièrement et sans grandes douleurs; mais, au moment de leur apparition, ont eu lieu de légers malaises contre lesquels aucun traitement n'a été dirigé.

Au commencement du mois d'août, l'époque menstruelle est annoncée par l'apparition de quelques gouttes de sang seulement, qui tachent le linge, et il survient le même jour des coliques utérines sourdes, avec irradiation de la douleur dans la région lombaire; ces symptômes durent trois jours, pendant lesquels les règles ne se montrent pas, malgré l'application de serviettes chaudes sur le ventre et les cuisses, le repos et l'administration de boissons chaudes et légèrement excitantes (tilleul, armoise).

Au bout de trois jours, il survient une véritable métrorrhagie, avec expulsion de caillots; les douleurs cessent, mais l'hémorrhagie persiste pendant tout le mois, pour reprendre une nouvelle intensité en septembre, au moment de l'époque menstruelle.

La malade est obligée de s'aliter; mais elle n'a pas de fièvre, elle éprouve surtout des coliques très-violentes et une constipation opiniâtre. Son ventre n'est ni tendu ni douloureux à la pression, il n'y a ni vomissements ni symptômes fébriles.

Vers la fin de septembre, au moment même où la malade prend un lavement, il se développe subitement de nouvelles et plus vives douleurs, qui diminuent après l'administration de deux potions purgatives et plusieurs lavements; cependant l'hémorrhagie persiste, le ventre augmente de volume, la constipation est toujours aussi grande, et l'appétit se perd.

Au commencement d'octobre, une nouvelle recrudescence des douleurs et de l'hémorrhagie, accompagnée cette fois non-seulement de nausées, mais de vomissements de matières filantes, incolores, engage à prendre l'avis d'un nouveau médecin, qui conseille l'application de la glace en petits morceaux introduits dans le vagin. L'hémorrhagie diminue notablement sous l'influence de cette médication, mais ne disparait pas d'une manière complète, les douleurs sont plus vives que précédemment; on cesse au bout de trois jours l'application de la glace, pour avoir recours à des potions dont la nature est inconnue à la malade. Enfin, vers les derniers jours d'octobre, l'hémorrhagie cesse, les douleurs diminuent et disparaissent presque complétement, la malade peut se lever; son ventre est un peu moins gros, quoique toujours

plus volumineux qu'à l'état normal : il y a toujours des nausées et de la constipation, mais plus de vomissements.

Le 29 octobre, elle se croit en état de quitter la chambre, et se hasarde à faire une assez longue course à pied; mais le soir elle est extrêmement fatiguée, a des douleurs très-vives dans les régions lombaire et hypogastrique, et se voit forcée de reprendre le lit. L'hémorrhagie n'a cependant pas reparu.

Depuis ce jour jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital, le traitement a consisté uniquement dans le repos au lit, la diète, des applications émollientes sur le ventre, l'usage d'injections et de lavements émollients, et il n'est survenu aucun changement notable; c'est alors que son médecin lui conseille de venir à l'hôpital Beaujon.

La malade y entre dans la journée du 3 novembre. Le soir, elle n'est examinée que superficiellement, et comme elle n'avait pas eu de garde-robe depuis plusieurs jours, on prescrit un lavement émollient, qui est rendu seul quelques instants après.

Le 4 et le 5, l'examen complet de la malade est fait plus attentivement par M. Robert et par M. Huguier.

On trouve le ventre volumineux, présentant un développement analogue à celui qui se rencontre chez une femme arrivée au septième ou huitième mois de sa grossesse. Le ventre est tendu, sans bosselures. La partie supérieure de l'abdomen donne un son clair tympanique à la percussion; la partie inférieure donne de la matité suivant une ligne irrégulière passant à 4 ou 5 travers de doigt au-dessus du pubis, et se prolongeant jusque vers la fosse iliaque gauche. La palpation n'est pas douloureuse; elle permet de constater qu'au niveau des points mats, il existe une tumeur non fluctuante, qui n'est pas adhérente à la fosse iliaque droite, et paraît se détacher de l'excavation. La sonde, introduite dans la vessie, donne issue à une assez grande quantité d'urine normale, bien que la malade ait uriné pendant la nuit.

L'examen des organes génitaux, la femme étant placée en travers sur son lit et soutenue par deux aides, comme pour l'application du spéculum, donne les résultats suivants :

Le périnée est saillant comme celui d'une femme en couches, lorsque la tête descend dans l'excavation; la muqueuse vulvaire et vaginale ne présente pas de coloration anormale.

Par le toucher vaginal, on sent le col un peu volumineux et mou, porté en avant et un peu incliné à gauche derrière le pubis; il est en même temps élevé et transporté au niveau du bord supérieur de la symphyse pubienne. En arrière du col, embrassant toute sa demi-circonférence postérieure et revenant de chaque côté, de façon à ne laisser libre que sa face antérieure, on sent une tumeur qui repousse le cul-de-sac vaginal postérieur, et se prolonge dans la cloison recto-vaginale à peu près jusqu'au milieu de cette cloison; cette tumeur n'est pas du tout douloureuse au contact du doigt, on n'y sent ni chaleur ni battements. En

certains points, elle présente de la mollesse et une fluctuation manifeste en arrière et un peu à gauche du col.

Par le toucher rectal, on retrouve cette tumeur, dont on ne peut atteindre la limite supérieure avec le doigt; mais, à l'aide de la palpation hypogastrique, combinée avec le toucher vaginal, on sent bien manifestement qu'elle se continue avec celle qui existe à l'hypogastre. Si l'on pratique simultanément le toucher vaginal et le toucher rectal, on limite parfaitement entre les deux doigts la portion de tumeur qui se prolonge dans la cloison recto-vaginale, et l'on sent que les deux couches de cette cloison sont décollées jusqu'à une très-petite distance du périnée. C'est dans cette région que la tumeur est fluctuante, et son volume augmente sensiblement au-dessus des limites jusques auxquelles les doigts peuvent atteindre. Le cathétérisme utérin n'est pas pratiqué, on n'examine pas avec le spéculum.

Le décubitus est horizontal. La face exprime la souffrance, mais sans être anxieuse; la peau est un peu chaude, légèrement fébrile. Le pouls, assez fort, n'a pas été compté. L'auscultation et la percussion des poumons et du cœur ne révèlent l'existence d'aucun phénomène morbide du côté de ces organes. On n'a pas songé à examiner les seins. La bouche est un peu amère, la soif modérée; il y a peu d'appétit; la langue est souple, humide, bien conformée; constipation. Lavement laxatif le 4 novembre au soir. Plusieurs selles diarrhéiques dans la nuit.

6 novembre, M. Robert fait avec le bistouri, et par le vagin, sans spéculum, en conduisant l'instrument sur son doigt préalablement appliqué sur le point fluctuant, une incision transversale peu étendue dans le point de la paroi recto-vaginale au niveau duquel la fluctuation avait été perçue. Il s'écoule immédiatement une petite quantité de sang fluide, de consistance huileuse, d'une coloration peu foncée, et pas de caillots. Dans la journée, l'écoulement sanguin continue, l'état général de la malade est satisfaisant, elle n'est pas affaiblie, ne souffre pas plus que les jours précédents; la nuit est bonne, elle dort.

Le 7, après la visite du matin, une injection d'eau tiède est poussée avec une force modérée par l'ouverture de l'incision, à l'aide d'une canule de caoutchouc. A peine a-t-on fait pénétrer une centaine de grammes de liquide, que la malade est prise de lipothymie, elle accuse une vive douleur à l'épigastre, la face pâlit et exprime la souffrance. L'injection est suspendue immédiatement, 8 sangsues sont appliquées à l'épigastre. Le ventre continue à être douloureux, il se tuméfie; le pouls devient petit et misérable. Il y a des frissons, des vomissements intenses surviennent; la malade se pelotonne sous ses couvertures, la face se grippe de plus en plus. 10 nouvelles sangsues sont appliquées immédiatement après la chute des 8 premières. On donne un lavement purgatif, de la glace, de l'eau de Seltz. Des onctions sont faites sur le ventre avec la pommade mercurielle. 1 gramme de calomel est prescrit en 10 prises-

5 seulement de ces 10 prises sont administrées avant la mort de la malade, qui a lieu à dix heures du soir, douze heures environ après le début des accidents.

L'*autopsie* est pratiquée, trente-six heures après la mort, par M. Huguier lui-même. Temps froid et humide; pas de traces de putréfaction; abdomen météorisé. En incisant la paroi abdominale antérieure, on la trouve infiltrée, à la partie inférieure seulement, de sérosité sanguinolente; cette sérosité est infiltrée au-dessous de l'aponévrose du grand oblique, et dans l'épaisseur des corps charnus des deux muscles obliques. La paroi antérieure de la vessie est adhérente à la paroi abdominale, de telle sorte qu'en enlevant cette dernière, on ouvre la vessie, et que l'urine se mêle ainsi au liquide contenu dans le péritoine, liquide dont la coloration est d'un gris jaunâtre, et la quantité de 5 à 6 cuillerées. Le liquide sanguinolent qui s'écoule plus tard, et qui peut être évalué à plus de 1 litre, paraît sortir d'un foyer sanguin qui sera décrit plus loin.

Le péritoine, notablement épaissi, présente une coloration générale blanchâtre sur laquelle se détachent des marbrures rouges, violettes, ardoisées et noirâtres, de formes et de dimensions variées. Les taches rouges et violacées, les premières sous forme d'arborisations, et les autres sous l'apparence de plaques, occupent la surface externe de l'intestin, et surtout de l'intestin grêle. Les ardoisées et les noires se retrouvent sous forme de plaques sur le foie et sur le péritoine pariétal du bassin, sous forme de pointillé sur le mésentère. Le grand épiploon, épaissi et poisseux au toucher, est d'un brun-marron; il adhère au sommet de la vessie, danns une étendue de 5 centimètres de droite à gauche, et de 1 centim. d'avant en arrière. Le cul-de-sac vésico-vaginal est libre d'adhérences, mais effacé par l'application de la face postérieure de la vessie contre la tumeur. En arrière de la vessie, on voit le fond de l'utérus dévié à gauche, environné par une anse d'intestin grêle et une portion du côlon transverse que des adhérences celluleuses, assez faciles à détruire, maintiennent en rapport avec le grand épiploon et l'*S* iliaque, de manière à circonscrire une ouverture à bords déchirés de 5 centimètres de diamètre, qui conduit dans une cavité pleine de sérosité sanguinolente et de caillots sanguins diffluents, ayant la consistance de la gelée de groseille, mais avec une coloration plus noirâtre. On retire, par cette ouverture située en arrière et en dehors de l'extrémité gauche du fond de l'utérus, plus d'un verre de ces caillots.

Dans le ligament large droit, on sent une tumeur du volume du poing, qui refoule l'utérus à gauche, et ne s'affaisse pas par suite de la déplétion de la poche sanguine située du côté opposé. L'utérus, situé entre ces deux tumeurs, mesure une largeur de 7 centimètres au niveau de son fond. La hauteur de ses cavités réunies est de 8 centim. Les deux contiennent des mucosités teintes de sang; ces mucosités sont filantes, élastiques, adhérentes aux parois dans le col, grenues, cassantes, dans

le corps, où elles sont plus abondantes, car la cavité est un peu dilatée, et ont l'aspect et la consistance de chocolat bouilli. A la surface interne du corps, il y a, de l'orifice d'une trompe à l'autre, 48 millimètres. L'épaisseur de la paroi antérieure du corps est de 15 millimètres, du col 6 millimètres. Un stylet, introduit par l'orifice interne des trompes, ne pénètre pas au delà de 4 centimètres de chaque côté. Le col, un peu volumineux, est entr'ouvert et laisse échapper entre ses lèvres un peu du mucus précédemment décrit. A 3 centimètres au-dessous de cet orifice, se trouve, sur la paroi postérieure du vagin, une incision de 1 centimètre et demi d'étendue transversale, entre les lèvres de laquelle se glissent des caillots sanguins. Une sonde cannelée, introduite par cette ouverture, descend du côté de la vulve jusqu'à 4 centimètres. Le foyer s'étend donc dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, jusqu'à 7 centimètres au-dessous de l'orifice extérieur du col de l'utérus.

Le vagin, qui était plein de caillots sanguins, présente une coloration violacée, due à l'imbibition, et qui a disparu par le lavage.

La surface interne du rectum ne présente rien d'anormal; seulement, en incisant la paroi antérieure de cet intestin, on lui trouve à peine 1 à 2 millimètres d'épaisseur, et l'on tombe tout de suite dans un foyer sanguin communiquant, d'une part, avec le vagin par l'incision pratiquée pendant la vie, de l'autre, avec la cavité péritonéale, par la déchirure située en arrière de la corne gauche de l'utérus. En extrayant de ce foyer de nouveaux caillots sanguins, en tout semblables à ceux déjà décrits, on trouve, au milieu d'abord, un pariétal ayant les dimensions d'un ongle d'adulte, puis un fœtus entier de 10 à 12 centimètres de longueur.

Les os du crâne et un membre supérieur sont séparés du reste du fœtus, mais se retrouvent parmi les caillots; tout cela est assez informe, ramolli et même putréfié; on ne retrouve pas le cordon ombilical. Après avoir vidé cette cavité de tous les caillots qu'elle contenait, on la trouve se prolongeant par derrière le corps et le col de l'utérus jusqu'à la tumeur située à droite de cet organe dans le ligament large, tumeur qui, incisée, offre un tissu spongieux, aréolaire, infiltré de sang, et paraît être le placenta.

Que sont devenus les pavillons des trompes, les ovaires, le péritoine du cul-de-sac recto-vaginal? C'est ce qu'il ne m'a été permis de savoir, n'ayant pas fait moi-même la dissection. Le tissu cellulaire qui environnait toutes ces parties était induré, et les englobait toutes dans des adhérences au milieu desquelles il est assez difficile de se reconnaître; pourtant on y retrouve l'ovaire gauche parfaitement sain, et en examinant la face interne du foyer sanguin, on la trouve lisse et polie dans sa paroi supérieure, ce qui porte à supposer que cette paroi supérieure est formée par le péritoine; car on ne trouve pas inférieurement le même aspect.

Une nouvelle et plus attentive dissection, faite en présence de

MM. Foucher et Guyot, nous a permis de constater : 1° que la tumeur située dans le ligament large droit est bien le placenta situé entre les deux lames du péritoine qui constituent ce ligament, et qu'en arrière de l'utérus il est en communication avec le kyste dans lequel se trouvait le fœtus; 2° que toute la face interne de ce kyste est tapissée par une membrane lisse, polie, qu'il nous a été possible de détacher même dans la partie la plus inférieure; 3° qu'il nous a été impossible de déterminer si cette membrane était le péritoine ou seulement le chorion; 4° que la trompe droite est oblitérée à 4 centimètres de la corne utérine correspondante; il nous a été impôssible de retrouver le pavillon de cette trompe et l'ovaire du même côté.

La vessie est dilatée et distendue latéralement, peu dans le sens antéro-postérieure; son sommet s'élève à 10 centimètres au-dessus du pubis. Sa muqueuse est blanchâtre, excepté dans le point qui correspond à celui au niveau duquel la face externe a contracté des adhérences avec le grand épiploon; là elle présente une coloration d'un gris ardoisé. Les uretères sont un peu dilatés, surtout près du détroit supérieur, où ils se dégagent en arrière de la tumeur et ont 1 centimètre de diamètre. Les reins sont pâles et décolorés.

En résumé, une femme de 32 ans, n'ayant jamais été enceinte et ayant une menstruation habituellement douloureuse, voit, sans cause connue, les symptômes douloureux qu'elle éprouve souvent au moment de l'apparition de ses règles augmenter notablement d'intensité. Il survient un retard de quelques jours dans l'apparition du flux cataménial, puis une métrorrhagie abondante, qui redouble les mois suivants, à l'époque correspondante aux règles habituelles. A cette époque, les douleurs augmentent aussi ou reparaissent si elles s'étaient déjà calmées, le ventre se tuméfie, il y a de la constipation; cet état dure pendant trois mois, et c'est seulement au bout de ce temps que la métrorrhagie cesse. Mais, après une nouvelle recrudescence dans l'intesité des symptômes douloureux, on constate l'existence d'une tumeur volumineuse, en partie fluctuante, en arrière et à gauche du corps de l'utérus. Une ponction, pratiquée sur cette tumeur, donne écoulement à du sang. En poussant une injection dans le foyer, on détermine une rupture à la suite de laquelle se déclare une péritonite suraiguë, terminée par la mort au bout de douze heures. A l'*autopsie*, au milieu d'un foyer sanguin situé en arrière et à gauche de l'utérus, on retrouve des débris de fœtus ou plutôt un fœtus tout entier, mais en partie putréfié.

Si l'on se rappelle que la malade dont nous venons de donner l'histoire avait une menstruation habituellement douloureuse et irrégulière dans sa quantité, que jusqu'à ce moment elle n'avait pas été fécondée, et que tous les symptômes éprouvés par elle se sont développés ou aggravés aux époques auxquelles auraient dû paraître les règles; si l'on se rappelle, d'autre part, qu'après un retard de trois jours seulement, les règles, qui s'étaient d'abord supprimées, ont reparu avec une

abondance telle, qu'elles ont constitué une véritable hémorrhagie, qui, tout en persistant p[e]ndant tout le mois, redoublait au moment des règles, on concevra que l'on ait pu croire à l'existence d'une hématocèle rétro-utérine, et que l'exploration de la malade, telle que je l'ai relatée dans le cours de l'observation, n'ait fait que confirmer ce diagnostic. M. Robert, qui a examiné le premier la malade, a pu croire un instant à l'existence d'un vaste phlegmon rétro-utérin suppuré, se fondant sur ce qu'il avait déjà eu occasion d'en ouvrir un aussi volumineux; mais l'absence de symptômes fébriles, de douleurs à la pression, la persistance de l'hémorrhagie, lui ont semblé des signes suffisants pour rejeter cette manière de voir, et se rendre à l'avis de M. Huguier, qui diagnostiquait l'hématocèle rétro-utérine. Je sais bien que deux choses ont été négligées dans l'examen de la malade, tellement on songeait peu à la grossesse; je veux parler de l'exploration des seins et de l'auscultation de l'abdomen. Mais l'exploration des seins eût-elle montré leur gonflement, l'apparition de l'auréole, etc., que ces signes eussent certainement été négligés, car ils surviennent trop fréquemment comme phénomènes sympathiques d'une affection utérine en l'absence de toute grossesse, et nous les voyons même se montrer, quoiqu'à un moindre degré, à chaque époque menstruelle. L'auscultation de l'abdomen ne nous eût rien appris quant au fœtus, qui bien évidemment était mort depuis un certain temps, et qui du reste n'était pas assez âgé, s'il eût été encore vivant, pour que les battements de son cœur eussent pu être entendus, surtout situé aussi profondément qu'il l'était dans l'excavation pelvienne; le souffle, si on l'eût entendu, n'aurait pu fournir aucun indice, puisque ce symptôme accompagne presque toutes les tumeurs un peu volumineuses du bassin.

La grossesse était donc impossible à reconnaître; mais eût-elle été découverte, quelles modifications en serait-il résulté pour le traitement? Aucune. Le fœtus était mort bien évidemment depuis plusieurs jours, l'état de décomposition dans lequel il a été trouvé l'indique suffisamment; son volume pourrait aider à préciser l'époque de sa mort, car nous lui trouvons une longueur inférieure à 12 centimètres, tandis que celle du fœtus, à la fin du troisième mois, varie entre 13 et 15 centimètres. En faisant remonter la conception au commencement d'août, comme nous y sommes autorisés par l'apparition des symptômes, nous aurions donc une grossesse de trois mois; mais il y a eu, vers le milieu du troisième mois, des phénomènes particuliers d'une gravité plus grande qu'à tout autre moment de la maladie, qui ont été combattus par une médication éminemment perturbatrice : je veux parler des applications de glace dans le vagin. Serait-il irrationnel de rapporter la mort du fœtus à cette époque? Je ne le crois pas, d'autant plus qu'à dater de cette époque aussi ont cessé les hémorrhagies. (Gallard, *Bulletins de la Société anatomique*, 1854, p. 390 et suiv.)

Si les exemples que nous venons de citer montrent avec quelle

scrupuleuse attention il faut faire les autopsies, pour retrouver des fœtus très-petits, ou souvent même de simples débris de fœtus qui se rencontrent seulement après une dissection longue et minutieuse, ayant souvent duré plusieurs jours, on comprend que nombre de fois ces fœtus soient passés inaperçus. Mais, outre l'anatomie pathologique, n'avons-nous pas la symptomatologie pour nous révéler l'existence d'une grossesse? Eh bien, si nous analysons avec soin toutes les observations un peu authentiques et suffisamment détaillées d'hématocèles péri-utérines, nous voyons les phénomènes du début ressembler tellement à ceux d'une grossesse commençante, que les malades, et les médecins eux-mêmes, sont induits en erreur, jusqu'à ce que l'apparition de symptômes plus graves vienne réveiller leur attention, en leur signalant l'imminence d'un état morbide alarmant.

Obs. III. — Une dame de 25 à 26 ans, ayant eu déjà deux grossesses, la première terminée à six mois par une fausse couche, la seconde menée à terme et sans accident il y a deux ans, vint, vers le 15 avril dernier (1857), consulter M. Huguier, parce que, croyant être enceinte de deux mois, elle perdait pourtant depuis quelques jours un peu de sang par les parties génitales. Nous ne devons pas omettre ici un renseignement important, que nous aurons occasion d'utiliser plus tard : c'est que depuis son accouchement cette jeune dame, d'accord avec son mari, avait toujours fait en sorte de ne pas devenir enceinte jusqu'à il y a quelques mois seulement, depuis lesquels, ayant perdu son premier enfant, elle désirait vivement en avoir un autre. Les premiers accidents qu'elle éprouvait ne se calmant pas, elle continua à perdre du sang, eut un peu de courbature, de fatigue, quelques tranchées utérines, et enfin, vers le 30 avril, expulsa, au milieu de caillots sanguinolents, une pseudo-membrane que M. Dubois, appelé en consultation avec M. Huguier le 1er mai, déclara être une caduque imparfaite, une muqueuse utérine tuméfiée, puis exfoliée, comme cela se rencontre dans certains cas, que M. Coste a cru pouvoir expliquer par une congestion sanguine trop grande, par une sorte d'apoplexie de la muqueuse, survenue sous l'influence du molimen menstruel, et dans lesquels M. Cazeaux a cru que cette congestion exagérée pouvait être quelquefois la conséquence d'une fécondation avortée (*Traité théor. et prat. des accouchements*, 3e édit., p. 79).

Le même jour, en examinant la malade, on trouva dans le cul-de-sac vaginal postérieur une tumeur arrondie, douloureuse à la pression, qui n'était pas encore fluctuante, mais qui ne tarda pas à le devenir; si bien que le 6 mai on constatait une fluctuation très-évidente, mais surtout sensible par le toucher rectal. Elle était si manifeste, que, dans une

étendue de 5 à 6 centimètres, le doigt du chirurgien semblait être séparé du liquide seulement par la muqueuse intestinale. Il était évident alors que le liquide épanché entre le rectum et l'utérus (quelle que fût sa nature, sang ou pus) ne pouvait plus être résorbé, et qu'en abandonnant la maladie à son cours naturel, il allait inévitablement s'ouvrir une issue par le rectum. Il s'agissait donc de décider s'il valait mieux attendre des efforts seuls de la nature cette ouverture spontanée, ou s'il était préférable de la prévenir en en pratiquant une par le vagin. C'est à ce dernier avis que l'on se rangea, et une ponction fut faite, à l'aide d'un trois-quarts courbe, sur le point le plus saillant et le plus fluctuant du cul-de-sac vaginal postérieur. Cette ponction donna issue à un verre environ de sang liquide, mais non altéré, qui présentait une odeur de matières fécales très-accusée. On se demanda si cette odeur ne pouvait pas être la conséquence de phénomènes d'endosmose et d'exosmose établis entre la collection sanguine et la cavité intestinale, que séparait seulement une mince membrane constituée par une portion des tuniques du rectum.

Après cette première ponction, il n'y eut qu'un soulagement très-momentané; l'ouverture du trois-quarts se ferma très-promptement, la tumeur augmenta de volume, le ventre devint plus douloureux, et l'on sentit du côté de l'hypogastre la tumeur située en arrière de l'utérus remonter jusque près de l'ombilic. Il y avait des vomissements, la face était légèrement grippée, le pouls plus petit et très-vif. La fluctuation était encore plus manifeste et se sentait dans une plus grande étendue. Une deuxième ponction était devenue d'une nécessité absolue. M. Huguier la pratiqua le 10 mai, en se servant encore d'un trois-quarts courbe à très-grosse canule, et en essayant autant que possible de se rapprocher du point vers lequel il avait dirigé son instrument la première fois. Il sortit alors une grande quantité, plus d'un litre, de liquide brunâtre, ayant l'aspect de chocolat mal délayé dans l'eau, présentant une odeur d'une fétidité excessive (c'est ce liquide que je montre à la Société).

Pour faciliter son écoulement, on laissa la canule à demeure; mais il était à craindre que son bec ne vînt heurter les parois du kyste, de façon à les contusionner ou même à les perforer. M. Huguier obvia à cet inconvénient en introduisant dans la canule une sonde de gomme élastique, dont l'extrémité interne dépassait à l'intérieur de 1 centimètre à 1 centimètre et demi celle du tube métallique. Grâce à cet artifice, la canule fut très-bien supportée; des injections légèrement chlorurées furent poussées dans le kyste, qui fournit encore pendant plusieurs jours un liquide infect; mais ce liquide ne tarda pas à prendre un meilleur aspect, en même temps que les forces de la malade se relevaient et que l'état général s'améliorait. Aux injections chlorurées, on fit rapidement succéder des injections de teinture d'iode d'abord additionnée d'un tiers d'eau, puis tout à fait pure; et enfin, le 4 juin, la malade

était complétement guérie. Le sac, tout à fait oblitéré, était remplacé par une légère tuméfaction avec empâtement en arrière de l'utérus; mais il n'y avait plus d'écoulement d'aucune sorte, plus de douleurs; la femme pouvait aller, venir, et vaquer à toutes ses occupations sans fatigue.

Les questions que soulève l'étude attentive de ce fait sont multiples; mais je veux surtout insister sur quelques-unes de celles que j'ai agitées lorsque je fus chargé par la Société anatomique de lui faire un rapport sur différents cas d'hématocèles péri-utérines qui lui avaient été présentés en 1855 (voir le t. XXX des *Bulletins*, numéros de septembre et d'octobre). L'analyse rapide des principaux faits connus et de toutes les opinions professées jusqu'alors sur ce sujet m'avait porté à penser que, le plus souvent, la production de l'hématocèle péri-utérine est un phénomène morbide dépendant de l'exercice irrégulier d'une fonction physiologique : l'évolution d'une vésicule ovarique, soit au moment de la ponte spontanée qui accompagne chaque période menstruelle, soit au moment de la migration d'un ovule fécondé, si bien que l'hématocèle péri-utérine ne serait, à proprement parler, qu'une grossesse extra-utérine, moins le produit de la conception, qui peut ou être absent ou se retrouver quelquefois au milieu des caillots sanguins.

L'observation que nous venons de rapporter ne fait nullement exception à cette règle, non pas absolue, mais générale. Ainsi nous voyons la malade ne présenter une collection sanguine bien évidente que postérieurement à l'apparition de certains signes auxquels elle avait cru reconnaître le début d'une grossesse. Nous ne pouvons savoir si chez elle la fécondation a eu réellement lieu, car on n'a trouvé aucun débris d'embryon dans les matières expulsées; mais cette hypothèse peut parfaitement être admise, surtout si l'on rapproche ce fait de ceux que nous avons déjà cités (voir *Bulletins de la Soc. anatom.*, t. XXIX et XXX) et dans lesquels les portions de fœtus qui ont permis de reconnaître l'existence de la grossesse extra-utérine n'ont été retrouvées *à l'autopsie qu'à la suite d'une dissection minutieuse*. Dans ces cas même, l'embryon n'a été reconnu que parce qu'il a pu se développer jusqu'à un certain âge, six semaines ou deux mois; mais, s'il était mort dès la première semaine, il est plus que probable qu'on ne l'aurait pas retrouvé au milieu des caillots sanguins qui l'enveloppent. Dans le fait que nous rapportons ici, il y a donc lieu, en se rappelant surtout la particularité relative à l'expulsion par l'utérus d'une pseudo-membrane ressemblant à une caduque, d'admettre que la maladie a été déterminée par la migration incomplète d'un ovule probablement fécondé. (*Gazette hebdom.*, 9 octobre 1857, t. IV, p. 721.)

Ne peut-on pas, de ce cas excessivement intéressant, rapprocher celui que j'ai déjà eu occasion de citer, d'après la relation qui en a été faite par M. Fauvel, devant la Société médicale d'observation.

Obs. IV. — Une dame âgée de 28 ans, habitant Constantinople, d'une

bonne constitution, d'un tempérament sanguin en apparence, avait toujours joui d'une parfaite santé jusqu'aux quelques mois qui précédèrent sa mort. A cette époque, les règles sont plus abondantes, puis prennent l'apparence d'une véritable métrorrhagie qui, d'une époque à l'autre, présente un intervalle où l'écoulement sanguin cesse; puis enfin elle ne présente plus d'interruption, pour être plus considérable aux époques menstruelles.

Plusieurs médecins consultés crurent à une fausse couche; un traitement antiphlogistique, le repos absolu, ne firent pas cesser l'hémorrhagie. Pendant son séjour aux bains de mer, la malade avait recouvré l'apparence d'une bonne santé. Tout à coup, à la suite d'une émotion morale, elle éprouve des douleurs dans le ventre, des défaillances, des lipothymies; la peau est froide, pâle, décolorée, ainsi que la figure; il y a des vomissements sans déjections alvines. Trois médecins sont appelés successivement : le premier se prononce pour une congestion cérébrale, et tente de pratiquer une saignée qui demeure sans résultats; le deuxième croit à un accès de choléra sporadique, le troisième suppose un empoisonnement. Appelé dans cette circonstance, M. Fauvel examine la malade, qui avait conservé toute son intelligence. La voix était si faible, qu'on avait peine à percevoir les sons articulés. Les lipothymies duraient depuis douze heures, la peau était froide; le ventre tendu, météorisé; point d'oppression ni de matité à la région précordiale, point d'écoulement sanguin par le vagin ni de garde-robes. La maladie se trouvait concentrée dans la cavité abdominale. Mais quelle en était la cause? La mort survint cependant, paraissant déterminée par une hémorrhagie. Comme il y avait eu la veille une émotion morale vive, peut-être cette émotion avait été précédée d'une chute, d'un coup qui avait déterminé la rupture de la rate, organe le plus friable de la cavité abdominale.

A l'*autopsie*, après l'incision de la paroi abdominale, un flot de sang s'écoula et l'on trouva des caillots volumineux remplissant le petit bassin. Tous les organes étaient sains, excepté la trompe gauche, qui présentait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, où existait une déchirure qui avait donné lieu à l'hémorrhagie. La tumeur était constituée par des caillots sanguins en partie récents. Sur une paroi de la tumeur, était un petit kyste transparent, recouvert par les filaments de la trompe; ce conduit était rétréci à sa jonction avec l'utérus, et son orifice utérin était fermé par une petite tumeur fibreuse.

Dans ce fait intéressant et rare, on peut expliquer la succession des phénomènes, qui se sont accomplis de la manière suivante. Les premières métrorrhagies se sont probablement développées sous l'influence de l'excitation produite par la présence du petit polype fibreux siégeant dans l'utérus. Par suite de sa présence, un ovule détaché de l'ovaire n'a pu pénétrer dans la cavité utérine. Le kyste développé sur le trajet de la trompe avait les caractères d'un ovule fécondé en voie de développe-

ment. Il aurait pu par conséquent donner lieu à une grossesse tubaire ; mais, sous l'influence d'une émotion morale vive, il y a eu rupture des vaisseaux ovariques développés, comme on l'observe dans les grossesses tubaires. Ainsi donc, sans la dernière période de cette maladie, sans l'autopsie, on aurait attribué l'hémorrhagie utérine à une fausse couche, tandis qu'elle s'était très-probablement développée sous l'influence du petit polype fibreux. Enfin la dernière hémorrhagie est due à la présence du développement d'un ovule dans la trompe. (*Procès verbaux de la Soc. médic. d'observ.*; secrétaire, M. Piogey.)

A ces observations déjà anciennes, je demande la permission d'ajouter ici la suivante, que j'ai pu recueillir, il y a fort peu de jours, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Oulmont, et dont il a eu l'obligeance de me communiquer lui-même les principaux détails.

Obs. V. — G..... (Étiennette), femme H..., âgée de 35 ans, entre, le 14 juin 1858, salle Sainte-Claire, n° 7. Cette femme est d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle. Elle est ordinairement bien réglée et l'écoulement sanguin dure cinq ou six jours ; elle n'a eu qu'une seule grossesse, menée à bon terme, il y a 14 ans. Depuis il n'y a pas eu de nouvelle conception, sans qu'elle ait rien fait pour s'y opposer.

Le 24 mai dernier, elle a eu ses règles à leur époque habituelle ; elles coulent bien, ne sont nullement douloureuses, et paraissent avoir cessé naturellement le 28. Dans la soirée de ce jour, où l'écoulement menstruel paraît avoir disparu naturellement, le coït est pratiqué ; il est un peu douloureux, mais n'est suivi immédiatement d'aucun accident. Cependant, dès le lendemain 29, l'écoulement sanguin reparaît, modérément abondant, et continu ; la femme est courbatue, mal à l'aise, elle ne se plaint pas encore de douleurs dans l'abdomen, et elle peut vaquer à ses occupations le 29 et le 30, malgré cette perte sanguine. Ce n'est que le 31, à midi, qu'elle est arrêtée dans son travail. La métrorrhagie continue, et de plus il y a des douleurs vives dans l'abdomen et dans les jambes, avec lassitude considérable ; la malade est alors obligée de se mettre au lit. Les jours suivants, elle essaye de reprendre ses occupations habituelles ; mais la persistance de la métrorrhagie avec expulsion de caillots sanguins, l'exaspération des douleurs, la forcent à interrompre fréquemment son travail dans la journée, et l'engagent à venir à l'hôpital.

Le 5 juin, elle se rend à la consultation ; on lui trouve le ventre douloureux, le pouls fébrile, la langue chargée, et on lui conseille une bouteille d'eau de Sedlitz. Elle en éprouve un certain soulagement, et les jours suivants elle se purge elle-même deux fois de son chef ; mais la perte continue, les douleurs sont plus violentes, la marche plus difficile : la défécation est presque impossible, à cause de l'exaspération des dou-

leurs, L'abdomen se tuméfie ; alors la malade se décide à entrer à l'hôpital le 14 juin, et dès le lendemain M. Oulmont constate l'état suivant : Face naturelle, quoique un peu abattue : pas de fièvre, douleurs dans la ventre et sensation de froid dans le fondement. L'abdomen est développé, tendu, sans ballonnement : il est très-sensible à la pression, surtout dans les régions ovariques, et l'on sent un peu de rénitence des deux côtés de l'utérus, qui ne parait pas développé. Par le toucher vaginal, on trouve le col refoulé derrière le pubis, repoussé qu'il est par une tumeur située entre l'utérus et le rectum. Cette tumeur, du volume d'une petite pomme, est lisse, arrondie, sans fluctuation ni battement artériel, elle est douloureuse à la pression. — Eau de Seltz ; 15 sangsues ; potage, bouillon.

Une nouvelle application de 15 sangsues est faite le lendemain 16. On couvre le ventre d'onguent napolitain ; un purgatif est administré le 17. La tumeur diminue de volume et devient plus dure. Les purgatifs sont repris ; on donne quelques bains, un peu d'eau de Vichy, et, le 2 juillet, la tumeur est réduite aux dimensions d'une noix.

Le 30 juillet. Apparition des règles avec un peu de sensibilité à l'hypogastre ; elles coulent très-abondamment le 31 et s'arrêtent le 1er août

Les 2 et 3 août, il n'y a plus aucun écoulement ; la tumeur a disparu. Les tissus péri-utérins sont souples et indolents. — Exeat.

On pourrait multiplier les exemples de faits analogues à celui que je viens de rapporter, et il suffira pour cela d'interroger les malades dans cette direction. C'est ainsi que, peu de temps après avoir communiqué mon mémoire à la Société des hôpitaux, j'ai eu occasion de voir dans le service de M. Rayer, à la Charité, le fait suivant, que je rapporte, avec les détails qui m'ont été donnés par M. Lancereaux, interne des hôpitaux.

Obs. VI. — Le 15 septembre 1858, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 7, service de M. Rayer, la nommée M..... (Rosalie), âgée de 30 ans, lingère, née à Elbeuf, habitant Paris depuis six ans.

C'est une femme d'une bonne constitution ; elle fut réglée à l'âge de 12 ans, pour la première fois, et depuis toujours régulièrement et sans difficulté. Elle a eu 5 enfants : le premier à l'âge de 18 ans et demi, le deuxième à 22 ans, le troisième à 25, le quatrième à 27, le cinquième à 28 ans et demi. Les grossesses et les accouchements ont toujours été heureux ; on lui fit toutefois une application de 20 sangsues pour une douleur dans le ventre au quatrième.

Cette malade n'avait rien vu depuis deux mois ; les règles du mois d'avril ont eu lieu d'une façon normale, celles du mois de mai ont manqué complétement, et quoiqu'elle n'ait eu ni vomissements ni nausées, comme après cette suppression elle avait ressenti quelques chatouillements dans les seins.

elle se croyait enceinte, lorsque le 10 juin 1858 elle ressentit dans les flancs et dans la région anale des douleurs revenant par intervalles et donnant lieu à des envies fréquentes d'aller à la garde-robe. Ces douleurs duraient depuis trois semaines, lorsque la malade commença à perdre, par les parties génitales, des caillots noirs avec des espèces de filaments et du sang liquide. En même temps, surviennent plusieurs syncopes; les douleurs diminuent dans le ventre pour augmenter dans les membres. Cette perte se prolonge durant deux mois sans être continuelle toutefois. Des applications d'eau froide sur le ventre constituent le traitement employé. Quinze jours environ avant l'entrée de la malade à l'hôpital, la perte avait complétement cessé; trois jours auparavant, l'hémorrhagie s'étant reproduite, la malade se décida à entrer à l'hôpital. Durant les quinze premiers jours, il s'écoule des parties génitales un sang épais et noir; la malade rend en outre un caillot assez volumineux. (Extrait de ratanhia pour boisson.) Le toucher fait constater la présence d'une tumeur assez dure, occupant le cul-de-sac postérieur du vagin, d'une forme arrondie, d'une consistance assez ferme, qui ne permet pas de saisir la fluctuation. L'utérus est porté en avant et à gauche. L'hémorrhagie cesse pendant huit jours, pour reparaître ensuite et disparaître après dix jours de durée. Il y a de nouveau suspension des accidents et retour à la santé générale, qui est alors bonne, sauf un peu d'anémie; pas de fièvre.

Le 1er novembre, la tumeur a considérablement diminué, sans avoir complétement disparu; il arrive encore à la malade de perdre quelquefois un liquide sanguinolent, sanieux; il y a quelques jours, elle a encore rendu trois caillots; elle est toujours pâle et anémique, néanmoins elle demande à sortir; les élancements qu'elle a éprouvés autrefois au niveau de la vulve et de l'urèthre ont complétement disparu.

La malade, à son départ, prétend qu'elle a toujours moins souffert à mesure qu'elle a perdu du sang; elle se croyait enceinte lorsqu'elle est tombée malade. Le médecin a prétendu qu'il n'y avait pas eu d'avortement.

De tout cela ne résulte-t-il pas que si l'hématocèle spontanée, survenue en dehors de toute espèce de conception, doit encore être admise, et j'en citerai plus loin un exemple, elle est loin de constituer les cas les plus fréquents et les plus ordinaires, comme on le pense généralement, et comme je l'ai pensé moi-même pendant longtemps; de plus, elle me paraît se produire d'après un mécanisme qui ne différerait par aucun point de celui qui préside à la formation des grossesses extra-utérines. L'ovule qui est fécondé dans un cas *ne l'est pas dans l'autre*, en cela seul consiste toute la différence; car, dans les deux circonstances, l'ovule ne se détache de l'ovaire qu'en y produisant une plaie, puis une hémorrhagie; la-

quelle sera plus considérable, et aura d'autant plus de tendance à se produire que l'ovaire sera plus congestionné. Quant à cette congestion, elle sera, on le conçoit très-bien, plus forte si la ponte est accompagnée de conception, que si elle est tout à fait spontanée.

Cette manière de voir n'est, je l'avoue, qu'une simple hypothèse ; mais elle me paraît si bien concorder avec les faits les plus généraux, qu'elle me semble pouvoir être considérée comme la formule de la loi qui les régit.

Cette théorie de la formation des hématocèles péri-utérines *spontanées*, basée sur l'assimilation de ces mêmes hématocèles avec les grossesses extra-utérines, diffère bien peu de l'explication de M. Laugier, fondée sur la simple congestion ovarique, et fait revenir aux opinions qui, se trouvant explicitement dans la thèse de M. Viguès, ont été énoncées plus tard devant la Société de chirurgie, à l'occasion d'une pièce de M. Denonvilliers ; elle n'a donc pas la prétention d'être entièrement nouvelle. Le seul point de vue nouveau qu'on y trouve (et il me semble avoir son importance), c'est l'idée de rapprocher les uns des autres, en les expliquant par un même mécanisme, des faits identiques par leur marche, par leur symptomatologie, par leur traitement, par leur anatomie pathologique même, et entre lesquels pourtant on s'efforçait d'élever une ligne de démarcation infranchissable, parce que dans les uns on trouvait un fœtus plus ou moins développé, au milieu de caillots sanguins, tandis qu'il n'existait pas ou qu'on n'avait pas su le rencontrer dans les autres. Comme preuve de cette difficulté que l'on éprouve à retrouver l'ovule, fécondé ou non, au milieu des caillots sanguins, et à bien le reconnaître, même alors qu'on est presque certain de l'avoir trouvé, je citerai l'observation suivante, publiée en 1848 dans le journal *The Lancet*, et qui nous offre un des exemples les plus concluants que je connaisse de la corrélation intime qui existe entre la grossesse extra-utérine et l'hématocèle.

Obs. VII. — *Relation d'un cas d'hémorrhagie interne et de mort par rupture d'un kyste de l'ovaire,* par E.-W. Pollard, chirurgien de l'hôpital Saint-George. — C. E....., âgée de 28 ans, n'étant pas mariée, domestique, laissée à la garde d'une maison pendant que la famille était hors de la ville, m'appela le 20 août, se plaignant d'une débilité générale et

de faibles douleurs dans les articulations, pour lesquelles je prescrivis de légers toniques et des alcalins.

Le samedi 4 septembre, les douleurs étant augmentées dans l'épaule et ayant un caractère rhumatismal, je lui ordonnai une mixture saline contenant 1 drachme de vin de semences de colchique, à prendre en deux jours, trois doses chaque jour.

Le lundi 6 du même mois, je fus appelé à trois heures avant midi, et je la trouvai affectée de violents vomissements de matières bilieuses, et souffrant davantage dans le côté droit, sur lequel il lui était impossible de reposer. Face anxieuse, d'une teinte plombée et anémique; pouls imperceptible; les battements du cœur très-faibles, les extrémités froides, la respiration difficile et oppressée; deux garde-robes sans purgation; sensibilité intacte, mais en réalité état complet de collapsus.

Les renseignements que je recueillis furent : qu'elle avait été prise, le soir précédent, vers sept heures, d'évanouissements, de vomissements, et de douleurs dans le côté droit, pour lesquels elle prit un peu d'eau-de-vie avec de l'eau; que plus tard, dans la soirée, elle se traîna avec beaucoup de difficulté jusqu'à son lit, et qu'elle continua d'aller de plus en plus mal jusqu'au moment où elle me fit appeler. Je m'assurai ensuite que dans l'après-midi du dimanche, elle avait reçu dans la maison un homme avec qui elle entretenait des relations intimes, et qu'ils avaient joyeusement passé ensemble la journée. La dernière fois qu'elle avait pris sa médecine contenant le vin de colchique, c'était à trois heures passé midi, le dimanche. Lorsque je fus appelé près d'elle, la seule indication de traitement à suivre était, selon moi, de la soutenir avec des cordiaux et d'autres médicaments applicables à l'état de collapsus dans lequel je l'avais trouvée, en y ajoutant un demi-drachme de teinture d'opium, pour arrêter les vomissements. Le dernier cessa environ dix heures avant midi. Pour tout le reste, elle continua à aller de plus en plus mal, les symptômes s'aggravant jusqu'à trois heures passé midi, qu'elle mourut environ vingt heures après le début des accidents.

Je pensai sur le moment que quelque vaisseau s'était ouvert dans l'abdomen, mais j'étais absolument incapable de prévoir de quelle cause provenait l'hémorrhagie interne. Dans le principe, en la voyant dans l'état de collapsus, j'avais pensé à la possibilité d'accidents dus à la petite dose de vin de colchique; mais nous n'avions pas eu les purgations qui d'ordinaire accompagnent l'empoisonnement par ce médicament. Avait-elle pris quelque autre poison? Les douleurs et les vomissements pouvaient le faire supposer, mais je ne le pensais pas. Naturellement, dans de telles circonstances, j'étais particulièrement désireux de faire l'autopsie, que je pratiquai avec l'aide de mon ami le Dr W. Pettigrew, qui a fait l'examen microscopique.

Autopsie. Apparence extérieure : corps bien conformé, pas d'amai-

grissement; 1 pouce de graisse sur les parois de l'abdomen, à l'ouverture duquel s'écoula immédiatement du sang liquide. Quand l'abdomen fut complétement ouvert, on trouva la cavité remplie aux trois quarts de sang noir, en partie fluide et en grande partie coagulé; il y en avait environ plein un grand vase de nuit. Ayant très-soigneusement nettoyé l'abdomen, je recherchai de quelle source pouvait provenir cette hémorrhagie. Le foie, la rate, les reins, les vaisseaux de l'abdomen grands et petits, furent tous examinés avec soin, sans qu'il fût possible d'y trouver la moindre déchirure ou ulcération. En résumé, les viscères de l'abdomen étaient tous parfaitement sains et à l'état normal. En procédant à l'examen de la cavité pelvienne, je trouvai un caillot dans la trompe de Fallope, du côté gauche. Une fois que j'eus enlevé l'utérus avec ses annexes, la lésion fut facile à reconnaître. L'utérus était légèrement élargi; l'orifice et la cavité du col étaient remplis d'un liquide muco-sanguinolent; la cavité de l'utérus était doublée d'une caduque qui, comme cela a lieu d'habitude, cachait les orifices des trompes de Fallope. Tous les appendices et ligaments me parurent très-congestionnés. L'ovaire droit présentait de nombreuses cicatrices à sa surface, par suite du détachement des ovules, et, en faisant une incision dans l'épaisseur de cet ovaire, nous trouvâmes un corps jaune très-marqué; sur le côté gauche, une petite tumeur, de la grosseur d'une amande, se présentait dans la trompe de Fallope, à environ 1 pouce de l'utérus, et, correspondant à la partie supérieure de cette tumeur, on voyait une petite déchirure, au contact de laquelle il y avait quelques petites portions de sang coagulé. Une incision, étant faite à travers la tumeur, montra qu'elle était composée de sang coagulé, dans le centre duquel il y avait un petit kyste, mais tellement comprimé par le caillot, qu'à vrai dire (quoique nous ayons examiné sous l'eau et avec une forte loupe) il nous est impossible d'établir certainement que c'était un ovule; l'apparence était beaucoup plus nette au premier moment, lorsque je coupai la tumeur, et je n'avais pas le moindre doute que ce ne fût un ovule, surtout en rapprochant ce fait de la présence certaine d'une caduque, que j'avais déjà trouvée dans l'utérus. L'ovaire gauche, de la grosseur d'une petite pomme, était creux; à sa partie supérieure et postérieure, il existait une déchirure longue d'environ un quart de pouce, dans les lèvres de laquelle se trouvaient des portions de sang coagulé, et dont la rupture avait été le point de départ de l'hémorrhagie. La caduque, sous le microscope, présentait son aspect habituel. Le liquide muco-sanguinolent de la cavité utérine contenait du mucus, des globules sanguins, et de la fibrine. Il n'y avait aucune trace de spermatozoaires ni autour de l'orifice utérin, ni dans le liquide vaginal, ni sur l'épithélium.

Ce cas est très-remarquable; j'ai cherché dans les différents livres d'accouchements, mais je n'ai pas réussi à en trouver un dans lequel la mort soit due à la rupture et à l'hémorrhagie d'un kyste ovarien,

quoiqu'on en ait relaté dans lesquels la mort a suivi la rupture d'une trompe de Fallope. (*The Lancet*, mars 1848, nº 1281.)

Un extrait de cette observation a été publié dans le numéro de décembre 1848 des *Archives générales de médecine*, en même temps que le mémoire de M. Bernutz, *Sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel*, et sans qu'on ait alors songé à établir la moindre corrélation entre les collections sanguines intra-pelviennes, observées par M. Bernutz, et le fait que nous venons de reproduire. Voici les seules réflexions que ce dernier a inspirées au rédacteur du journal : «Cette observation, malgré l'intérêt qu'elle présente, laisse malheureusement quelques doutes sur la cause des ruptures qui ont eu lieu dans l'ovaire et la trompe. *Faut-il les attribuer à la congestion sanguine qui accompagne la descente de l'ovule fécondé*, et faut-il regarder ces déchirures comme de véritables apoplexies de l'ovaire et de la trompe? Ou bien ne se pourrait-il pas que quelques violences extérieures eussent provoqué ces déchirures? Toujours est-il que le fait est curieux, en ce qu'il montre très-bien l'état de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse, et avant la descente de l'œuf dans la cavité utérine.» (*Archives générales de médecine*, 4e série, t. XVIII, p. 475.)

Quant à moi, ce que je trouve de plus curieux dans ce fait, c'est qu'un auteur contemporain, qui a écrit sur l'hématocèle péri-utérine, ait pu se croire autorisé à le présenter comme un exemple d'*apoplexie de l'ovaire*. J'avoue que je n'y vois pas autre chose qu'une grossesse extra-utérine, aussi manifeste, aussi évidente qu'une semblable grossesse peut le paraître, même à l'autopsie quand elle est de date aussi récente. Et ce que cette autopsie (qui a été pratiquée très-minutieusement et avec le plus grand soin) me semble présenter de plus instructif, c'est qu'elle démontre, aussi péremptoirement que possible, la similitude parfaite qui existe, à tous les points de vue, entre les hématocèles péri-utérines et les grossesses extra-utérines, puisque même en anatomie pathologique la différence, si tant est qu'il en existe, ne peut pas être saisie quand elle consiste dans la présence ou l'absence d'un ovule, c'est-à-dire d'un corps gros un peu plus que la pointe, mais à peine autant que la tête d'une épingle.

Outre l'avantage de soumettre à une règle unique en les géné-

ralisant, comme je l'ai fait voir, des faits qui de prime abord paraissaient si différents les uns des autres, la théorie a encore celui d'expliquer, d'une façon assez plausible, une particularité intéressante, et jusqu'à présent inexpliquée, de l'histoire des hématocèles péri-utérines ; c'est celle relative aux variétés de siége du kyste sanguin. On s'est bien des fois posé ces questions : l'hématocèle est-elle située exclusivement en dedans ou en dehors du péritoine, ou bien ne peut-elle pas affecter indifféremment l'un ou l'autre siége? et ne serait-il pas possible qu'elle fût située tantôt en dedans, tantôt en dehors de la séreuse, soit dans les replis du ligament large, soit dans le tissu cellulaire rétro-utérin, soit enfin quelquefois dans le conduit de la trompe ou dans la paroi utérine? C'est ce qu'on aurait dû admettre depuis longtemps d'après les assertions divergentes des divers observateurs, alors que chacun, se retranchant derrière ce qu'il avait vu, voulait que tous les cas fussent semblables à ceux par lui observés, et les localisait tous dans le même siége anatomique, sans tenir compte de ce qui avait été noté par d'autres. C'est à la vaste expérience de M. Huguier, pour tout ce qui regarde les affections des organes génitaux de la femme, que l'on doit la solution de cette question si controversée ; il est le premier (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, t. II, 1851, séance du 28 mai, p. 142 et suiv.) qui, établissant des divisions et des catégories, ait démontré que l'épanchement peut être tantôt intra-péritonéal, tantôt extra-péritonéal.

Mais il ne suffisait pas d'établir cette diversité de siége ; il fallait encore l'expliquer, et c'est ce à quoi je crois être parvenu en disant : l'hématocèle péri-utérine peut se rencontrer indistinctement dans tous les points dans lesquels il est possible de voir se produire une grossesse extra-utérine, on la trouvera donc même dans la trompe, comme cela paraît avoir existé dans l'observation de M. Fauvel, rapportée plus haut, même dans le tissu de l'ovaire, comme dans une observation présentée par M. Besnier à la Société anatomique, et que je crois devoir résumer ici, car il s'agit d'un cas dans lequel l'hématocèle est parfaitement sous la dépendance de l'évolution de la vésicule de de Graaf, et d'une ponte spontanée irrégulière, sans qu'il y ait eu conception.

Obs. VIII. — Une femme, actuellement âgée de 28 ans, n'a jamais été menstruée, elle n'a éprouvé aucun travail appréciable du côté des organes

génitaux jusqu'à l'âge de 24 ans. « Mais, à cette époque, nous dit M. Besnier, elle commença à ressentir des douleurs violentes dans les reins et surtout dans le bas-ventre, douleurs qui, après avoir cessé au bout de quelques jours, se renouvelèrent le mois suivant, et consécutivement d'une façon régulière jusqu'au mois de juin de l'année 1857. » Il se faisait donc là un travail ayant un rapport évident, incontestable, avec une fonction physiologique, la menstruation ou la ponte spontanée, qui a lieu une fois par mois chez toutes les femmes; seulement, chez celle dont il est ici question, la ponte n'avait pas lieu par l'intermédiaire de l'utérus; l'ovule, qui s'était déjà détaché après maturité, n'était pas expulsé au dehors. Une raison quelconque s'opposait à cette évolution normale et changeait la fonction physiologique de la menstruation en un acte morbide. L'anatomie pathologique nous montrera plus tard quelles altérations des organes génitaux s'opposaient à cette ponte spontanée qui se fait chaque mois à travers la trompe et l'utérus, pour la transformer ici en un acte morbide et en faire une ponte extra-utérine, ne différant des grossesses anormales du même nom que par l'absence de fécondation de l'ovule qui en était le point de départ.

Quoi qu'il en soit, cette femme s'aperçut, dès les premiers jours, de la formation d'une tumeur du volume d'un œuf, qui devenait par instants plus ou moins saillante à la partie inférieure et droite de l'abdomen, mais qui malheureusement n'a pas été examinée avec un soin suffisant par la malade pour que nous puissions savoir si elle éprouvait des modifications quelconques au moment où survenaient les douleurs *mensuelles*, que j'appellerais volontiers les douleurs *menstruelles* dont il a déjà été question. Sur ces entrefaites, survint une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle la tumeur augmenta de volume et s'accompagna de symptômes généraux tels, qu'il devint nécessaire d'intervenir. Les moyens médicaux les plus rationnels furent inutilement mis en usage, et, sous l'imminence d'accidents nouveaux annonçant la production prochaine et inévitable d'une péritonite développée soit par propagation de l'inflammation, soit par rupture du sac hématique, qui devenait de jour en jour plus tendu et plus volumineux, M. Huguier, d'accord en cela avec M. Barth, crut devoir évacuer le liquide à l'aide d'une ponction pratiquée sur l'abdomen. Il donna ainsi issue à une grande quantité de cette matière d'un brun noirâtre toute spéciale, qui caractérise les collections sanguines, surtout celles du bassin ; mais des accidents généraux très-intenses ne tardèrent pas à se développer, et la poche avait, au bout de peu de jours, repris son volume primitif par suite d'une nouvelle accumulation de liquide. Le très-habile chirurgien de l'hôpital Beaujon avait bien eu l'idée de chercher à s'opposer à ce dernier inconvénient en pratiquant une contre-ouverture à la partie inférieure du kyste sanguin à travers le vagin, et, dans ce but, il avait fait usage d'un trois-quarts courbe, qu'il se proposait de faire ressortir par la cavité vaginale après l'avoir introduit dans le foyer, à travers

la paroi abdominale antérieure; mais, au moment où il allait procéder à ce deuxième temps de l'opération, il s'aperçut que les parois du foyer, dans lequel il avait pénétré avec son trois-quarts courbe, se trouvaient revêtues presque entièrement et par la vessie et par le rectum, de telle sorte qu'il lui sembla alors presque impossible de faire ressortir la pointe de son instrument par le vagin, sans s'exposer à traverser de part en part l'un ou l'autre de ces deux organes. Il se borna donc alors à la ponction par l'abdomen; mais, quelques jours plus tard, lorsque la poche fut de nouveau distendue, il s'assura par un examen attentif et souvent répété, en ayant soin de combiner le cathétérisme de la vessie tant avec le toucher vaginal et rectal qu'avec le palper hypogastrique, il s'assura, disons-nous, qu'entre le rectum et la vessie il existait, dans une étendue de 2 centimètres environ, une portion du sac en contact immédiat avec le vagin. C'est dans cet espace extrêmement étroit, et limité de part et d'autre par des organes importants, qu'il se décida à porter l'instrument. Une telle opération, qui, de la part de toute autre personne, eût été d'une hardiesse et d'une témérité presque inexplicables, demandait, pour être exécutée avec un plein succès, des mains extrêmement habiles et on ne peut plus expérimentées; elle réussit à merveille entre celles de M. Huguier, qui parvint à vider complétement le kyste. Mais cette évacuation ne suffisait pas pour amener la guérison; car, après des alternatives de mieux et de pis, la malade succomba au bout d'un mois, emportée par une péritonite compliquée d'infection putride, avec phlébite des veines de la partie supérieure du corps.

A l'*autopsie*, on trouva une oblitération des trompes des deux côtés, avec kyste sanguin dans le pavillon, et formation de plusieurs petits kystes, dont deux manifestement remplis par des caillots sanguins dans l'ovaire du côté gauche, qui était le moins malade, tandis qu'à droite on n'apercevait de prime abord qu'une vaste poche gangrenée en partie, et dont le siége n'avait pas pu être délimité par M. Besnier, qui se demandait si elle existait dans l'ovaire ou dans la trompe, car il n'avait pu retrouver ni l'un ni l'autre de ces deux organes. Mais je crois être parvenu, par un examen plus attentif, à reconnaître qu'elle siégeait soit dans l'épaisseur du ligament large, soit en avant de ce dernier, et dans la portion du péritoine située entre l'utérus et la vessie; et je me fonde dans cette manière de voir sur ce que j'ai vu supérieurement la paroi kystique plus épaisse qu'en tout autre point, et doublée par un corps aplati et allongé, qui ne présentait plus certainement la forme de l'ovaire, mais qui m'a paru en rappeler la structure et les connexions. Ce corps adhérait à l'utérus par un ligament plus mince que lui et très-dense, il était seulement accolé au kyste, et on pouvait très-bien l'en séparer par la dissection; enfin, en pratiquant plusieurs coupes sur son épaisseur, on rencontrait un tissu d'un gris bleuâtre, creusé de vacuoles assez nombreuses, dont les dimensions variaient depuis celles d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'un très-gros grain de

chènevis, auxquelles une au moins atteignait. Cette dernière était remplie d'une sérosité visqueuse et filante. Du reste que cette portion de la tumeur kystique fût ou non l'ovaire, ainsi que je le crois, peu importe, car ce n'est pas de ce côté qu'il faut étudier le mode d'évolution de la maladie. Les altérations pathologiques y sont beaucoup trop avancées pour cela; c'est à gauche, où elles sont plus récentes et surtout plus tranchées, qu'il faut, comme le fait très-bien remarquer M. Besnier, les examiner, si l'on veut se rendre compte du mécanisme de leur production. Ici notre collègue se borne à un rapprochement entre l'absence de perméabilité des trompes et les collections sanguines constatées dans les ovaires, et, regardant fort judicieusement le second fait comme la conséquence du premier, il ne cherche pas à aller plus loin. Quant à moi, en admettant même que l'obstruction des trompes ait été antérieure à tous les autres accidents, qu'elle soit même congénitale si l'on veut, il n'en est pas moins certain, ce me semble, que, chez cette femme, les deux ovaires se sont développés régulièrement et ont dû, quand le moment en est venu, chercher à accomplir les fonctions physiologiques qui leur sont dévolues. Ces fonctions sont la sécrétion de l'ovule, qui, suivant des circonstances diverses, devra ou être expulsé au dehors pendant la menstruation, laquelle constitue la ponte spontanée, ou être tout simplement évacué dans l'utérus, où il sera recueilli pour former l'embryon dans la ponte provoquée par un coït fécondant. Dans l'une comme dans l'autre de ces circonstances, la première condition de l'exercice de la fonction, celle à laquelle préside spécialement l'ovaire, est la déhiscence de l'ovule, lequel quitte l'ovaire pour se rendre dans l'utérus; il y a donc alors *ponte utérine*, que l'ovule soit ou non fécondé. Ici n'avons-nous pas eu le développement et la déhiscence de l'ovule, absolument comme si la menstruation eût dû s'accomplir régulièrement? n'avons-nous pas constaté chaque mois des phénomènes nous indiquant la production de ce travail physiologique? Mais la menstruation était arrêtée par un obstacle mécanique; les trompes, étant oblitérées, ne donnaient pas passage à l'ovule; la ponte, ne pouvant pas avoir lieu par l'utérus, se faisait donc en dehors de lui: il y avait alors ponte extra-utérine. En quoi donc cette ponte extra-utérine différait-elle d'une grossesse extra-utérine? Par un seul point, qui, il faut bien en convenir, a une grande importance, c'est que l'ovule, qui dans l'une est fécondé, ne l'est pas toujours dans l'autre.

Cette observation nous montre en outre qu'il ne faut pas, comme M. Voisin conseille de le faire, distraire de la classe des hématocèles péri-utérines les kystes sanguins ovariques; car ces kystes, qui, soit par eux-mêmes, comme dans le cas précédent, soit par l'hémorrhagie résultant de leur rupture, peuvent constituer de véritables hématocèles, se forment dans l'ovaire, absolument de la

même façon que les grossesses extra-utérines ovariques. Les petits caillots sanguins, les foyers apoplectiques de l'ovaire si bien décrits par M. Robin devant la Société de biologie, et qui sont le point de départ de ces kystes, ne sont autre chose que le résultat de la déhiscence ou plutôt de la maturité d'un ovule, car rien ne prouve que l'ovule ait dû se détacher alors.

Des cas de ce genre ont été observés par Bischoff et interprétés par lui dans le sens que j'indique ici. « La 11e observation, dit-il, me semble démontrer que toute la série des phénomènes de la menstruation ne s'observe pas à chaque époque. Il est possible que parfois le follicule augmente de volume sans s'ouvrir et qu'un œuf vienne à maturité sans sortir de la vésicule..... Cela peut tenir à la situation profonde du follicule dans le tissu de l'ovaire, à l'épaisseur de la membrane propre de l'ovaire, à l'insuffisance de la sécrétion qui se fait dans le follicule et qui ramollit ou perfore ses parois. Cela n'empêche pas l'ovule de mûrir et l'hémorrhagie utérine symptomatique d'avoir lieu.

« Dans des circonstances pareilles, il ne pourra pas y avoir fécondation, bien que les règles surviennent; les douleurs ressenties par la femme sont peut-être un signe de la manière imparfaite dont la fonction s'est accomplie » (*loc. cit.*, p. 534).

Qu'on suppose un degré de plus dans ce trouble fonctionnel, et l'on aura d'abord un kyste sanguin ovarique; puis, si ce dernier se rompt, une véritable hématocèle soit intra, soit extra-péritonéale, avec point de départ dans un ovaire congestionné, mais qui n'en sera pas moins, comme les autres, le résultat d'une ponte extra-utérine.

CONCLUSIONS.

De cette première partie de notre travail, nous nous croyons autorisé à conclure :

I. Les hématocèles pelviennes doivent être divisées en deux grandes classes : 1° hématocèles communes aux deux sexes, 2° hématocèles spéciales à la femme ou *péri-utérines* proprement dites. De ces dernières, les unes sont *traumatiques* ou *accidentelles;* les autres, dépendant uniquement d'un trouble apporté à l'exercice physiologique des fonctions génitales, sont dites *spontanées*.

II. La perturbation qui préside au développement des hémato-

cèles péri-utérines *spontanées* ne diffère en rien de celle qui produit les grossesses extra-utérines; aussi la collection hématique peut-elle présenter autant de variétés de siéges que la grossesse extra-utérine elle-même.

III. Ces hématocèles peuvent se produire même en l'absence de toute conception, mais le mécanisme d'après lequel elles se forment est toujours le même; elles résultent d'une migration incomplète ou défectueuse soit de l'ovule, soit du sang qui s'écoule de l'ovaire après la déhiscence de cet ovule, et *il est certain qu'elles se produisent plus facilement et plus fréquemment quand il y a eu conception* que dans le cas contraire.

IV. L'hématocèle péri-utérine *spontanée* n'est donc autre chose qu'une *ponte extra-utérine.* Elle peut se produire, que l'ovule soit fécondé ou non, mais elle est beaucoup plus fréquente si l'ovule est fécondé, et il y a alors véritablement *grossesse extra-utérine.*

SECONDE PARTIE.

Description nosographique des hématocèles péri-utérines.

1. *Définition, nomenclature, divisions.* — Les développements étendus dans lesquels je suis entré dans la première partie de ce mémoire, pour expliquer le mécanisme d'après lequel je comprends la production des diverses hémorrhagies intra-pelviennes, justifient, ce me semble, la dénomination d'*hématocèles péri-utérines* que je crois être le premier à avoir appliquée à ces affections. M. Bourdon et Récamier s'en sont occupés, sans les dénommer d'une façon spéciale, en traitant des *tumeurs fluctuantes* du bassin; M. Viguès les a appelées *hématocèles rétro-utérines*, et elles n'ont été connues que sous ce dernier nom jusqu'en 1855, c'est-à-dire jusqu'à ce que, dans un mémoire présenté à la Société anatomique et publié dans ses bulletins (septembre et octobre 1855), j'ai adopté l'expression qui paraît avoir prévalu depuis. Il est en effet beaucoup plus logique de préférer la dénomination de *péri-utérine* à celle longtemps employée de *rétro-utérine;* car, s'il est vrai que la collection sanguine s'accumule le plus souvent dans le cul-de-sac péritonéal, utéro-rectal, en arrière de l'utérus, il n'en est pas moins incontes-

table qu'elle déborde toujours sur les côtés et qu'elle peut se rencontrer quelquefois même en avant.

En ne tenant compte que du sens grammatical du mot, on doit comprendre, sous la dénomination d'*hématocèles péri-utérines*, toutes les tumeurs ou collections sanguines formées dans le petit bassin, au voisinage de l'utérus; mais je me suis assez longuement expliqué, dans la première partie de ce travail, sur la distinction que je crois utile d'établir entre les diverses variétés de ces tumeurs hématiques (1), et sur la nécessité d'envisager séparément celles que j'ai cru devoir appeler *spontanées*. C'est à ces dernières seules que s'applique tout ce que j'ai dit précédemment sur le mé-

---

(1) Je suis heureux de constater que, sur ce premier point au moins, ma manière de voir est acceptée par M. Aran, qui, s'il ne se rallie pas à toutes mes idées sur les hématocèles péri-utérines, me fait cependant de très-larges concessions. « Les hémorrhagies qui se forment dans la cavité du bassin peuvent, dit-il, reconnaître des causes très-nombreuses et très-diverses; car la cavité du bassin renferme de nombreux organes, tous fortement vasculaires; elle contient en outre des vaisseaux artériels et veineux très-importants, dont les déchirures peuvent être suivies d'hémorrhagies très-abondantes. C'est ainsi que l'on connaît des hémorrhagies intra-pelviennes résultant de la rupture d'un anévrysme d'une artère du bassin, de l'iliaque interne par exemple. *Mais quelle utilité peut-il y avoir à rassembler tous les épanchements de sang qui peuvent se faire dans la cavité du petit bassin?* Pour être conduite à une solution utile, la question eût dû être posée en de tout autres termes; au lieu de partir d'un point de vue exclusivement anatomique, il eût été nécessaire de se placer au point de vue clinique. *Il eût fallu non pas rechercher l'origine de tous les épanchements sanguins qui peuvent se faire dans le bassin, mais bien limiter les recherches à ces hémorrhagies qui ont leur point de départ dans le système utérin, et principalement à ces hémorrhagies susceptibles de former tumeur dans la cavité pelvienne.* Ce sont là, dans mon opinion, deux circonstances des plus importantes à considérer. Celles-là seules des hémorrhagies intra-pelviennes qui procèdent du système utérin peuvent avoir sur les conditions statiques de l'utérus l'influence si remarquable que possèdent les hématocèles péri-utérines proprement dites, et, d'un autre côté, *bien qu'à la rigueur on comprenne la possibilité, pour toute hémorrhagie intra-pelvienne, d'arriver à un enkystement, il n'est pas douteux que pour que cet enkystement s'opère aussi fréquemment que nous le voyons pour les hémorrhagies péri-utérines qui proviennent du système utérin, il faut une réunion particulière de circonstances, dont l'anatomie pathologique nous fournira la clef un jour ou l'autre.* Mais, je le répète, c'est l'étude des tumeurs sanguines proprement dites qui pourra éclaircir toutes ces questions litigieuses, et non pas l'étude des hémorrhagies pelviennes suivies de mort, ayant leur point de départ dans un point quelconque du système utérin. » (Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, 3e partie, p. 753 et 754; 1860.)

canisme et le mode de formation des hématocèles péri-utérines. Mais il est le plus souvent fort difficile, une tumeur sanguine du petit bassin étant donnée, de reconnaître à quelle classe elle appartient ; aussi, et quoique j'aie toujours plus spécialement en vue les hématocèles péri-utérines véritablement spontanées, la description qui va suivre s'appliquera également aux hématocèles traumatiques, à celles résultant de la rupture d'une veine variqueuse ou non, tout comme à celles qui sont la conséquence d'une rétention du flux menstruel, due à une oblitération congénitale ou acquise des voies génitales.

II. *Anatomie pathologique.* — Les occasions de faire des recherches nécroscopiques ont été malheureusement assez fréquentes, pour que les lésions anatomiques qui sont la conséquence des hématocèles péri-utérines soient parfaitement connues. Je ne m'étendrai donc pas fort longuement sur ce point, que j'ai du reste explicitement traité, avec de grands détails, dans la première partie de ce mémoire. Une certaine quantité de sang est épanchée ; ce sang, qui généralement s'écoule dans la cavité du péritoine, s'y enkyste, puis on voit le kyste se comporter comme tous les kystes sanguins : la partie solide du sang se convertit en couches fibrineuses stratifiées sur les parois du kyste ; la partie séreuse se résorbe peu à peu, à moins qu'une nouvelle hémorrhagie ne vienne distendre et rompre le sac, ou qu'une inflammation trop vive ne le fasse suppurer. Cette rupture du sac sous un nouvel effort hémorrhagique est une des causes les plus fréquentes de la mort; aussi rencontre-t-on le plus habituellement des caillots récents épanchés dans l'intérieur du péritoine, et une poche sanguine qui, indépendamment de ces caillots récents, en renferme de plus anciens, tout à fait fibrineux. Souvent, au lieu de caillots, cette poche renferme un liquide séreux noirâtre, ayant l'aspect de chocolat mal cuit et présentant une odeur très-fétide ; cet état du liquide sanguin est la conséquence d'une inflammation préalable du sac. Ce n'est pas tout; on trouve souvent, dans le foyer sanguin, des fœtus, des œufs entiers avec toutes leurs membranes, ou des embryons en partie putréfiés, et j'ai l'intime conviction que si les cas de ce genre ne sont pas plus nombreux, c'est qu'on n'a pas toujours regardé avec une suffisante attention. Je

pense donc que désormais on trouvera, bien plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, des traces de grossesse extra-utérine, au milieu des caillots des hématocèles péri-utérines.

On a beaucoup discuté sur le siége anatomique du kyste sanguin. Il est certain qu'il se trouve le plus souvent situé dans l'intérieur de la cavité péritonéale ; mais on peut également le rencontrer en dehors du péritoine, une de ses parois peut être formée par la trompe, il peut siéger dans l'ovaire, etc. Enfin il peut se rencontrer dans tous les points dans lesquels on a vu se former des grossesses extra-utérines, et dans la même proportion de fréquence que ces dernières.

Je n'insiste pas sur les adhérences péritonales, sur les traces d'inflammation qui se remarquent dans les organes voisins, sur les changements de rapport que détermine la présence de la poche sanguine dans le petit bassin. Je veux seulement rappeler que jamais les ovaires en sont complétement sains; un d'eux au moins est malade, fortement congestionné, et affecte des rapports intimes avec la collection sanguine. Dans nombre de faits, principalement dans ceux qui ont été observés et rapportés par M. Laugier, on a pu voir les ovaires creusés de cavités pleines de caillots et communiquant avec le foyer sanguin, de telle sorte qu'il était impossible de ne pas reconnaître que la source de l'hémorrhagie se trouvait dans l'ovaire lui-même. Je dois cependant ajouter que l'ovaire est quelquefois tellement modifié dans sa structure par la maladie, détruit par l'inflammation, perdu au milieu des produits plastiques qui ont déterminé une adhérence entre tous les organes du petit bassin, qu'il peut devenir fort difficile de savoir où le retrouver.

III. *Étiologie.* — De toutes les causes prédisposantes générales qui peuvent avoir quelque influence sur le développement de l'hématocèle péri-utérine, une seulement mérite d'être notée. C'est celle relative à l'âge de la malade, qui a constamment été entre 21 et 40, et en moyenne vers 30 ans; c'est-à-dire à l'âge auquel non pas seulement la menstruation s'établit, mais à celui vers lequel la fécondation a le plus souvent lieu, et durant la période de la vie pendant laquelle les femmes sont le plus souvent exposées aux excitations sexuelles résultant des rapports conjugaux. Ce fait n'indique-t-il pas déjà, d'une façon des plus probables, que le coït et la

conception qui en peut être la suite ont en général sur la détermination de la maladie une influence au moins égale, sinon supérieure à celle d'une simple menstruation? En effet, si un trouble de cette dernière fonction pouvait seul amener l'hémorrhagie interne du petit bassin, ce serait surtout à l'époque de ses premières apparitions qu'on la rencontrerait, c'est-à-dire, en moyenne, vers 15 ou 18 ans, et non vers 30 ans; tandis que d'après un relevé de 33 cas relaté par M. Voisin, il se trouve un seul fait antérieur à l'âge de 21 ans, et 15 entre 27 et 32 ans.

Je ne dirai rien de la constitution, du tempérament, non plus que des saisons, des climats, etc.; car ces circonstances n'ont pas été encore suffisamment étudiées.

Parmi les causes occasionnelles, une surtout doit être signalée avec soin, car elle nous permet de séparer des hématocèles spontanées celles auxquelles elle se rapporte; je veux parler des violences extérieures, des efforts auxquels une femme peut avoir été soumise soit pendant le cours de la menstruation, soit à toute autre époque; car ces violences, ces efforts, expliquent très-bien la rupture d'un vaisseau, et par suite l'hémorrhagie qui en est la conséquence; mais ils peuvent aussi l'expliquer par un autre mécanisme, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir une rupture vasculaire. Ils peuvent déterminer un spasme, une contraction irrégulière de la trompe, qui, au lieu de transporter convenablement l'ovule et le sang qui l'accompagne jusque dans la cavité utérine, pour de là les expulser: ou les gardera anormalement dans sa cavité ou les laissera échapper dans le péritoine. C'est ainsi qu'agissent les émotions morales, qui ont paru dans quelques circonstances déterminer des hématocèles. Toutes ces causes sont-elles spéciales aux hématocèles, et ne voyons-nous pas tous les accoucheurs invoquer leur influence pour expliquer la formation des grossesses extra-utérines d'après un mécanisme identique?

Il est une autre cause dont l'influence est des plus manifestes, et qui, par son action, concorde parfaitement avec tout ce que nous venons de dire: c'est le coït pratiqué non-seulement avec excès, mais même dans une juste mesure. M. Voisin, qui ne partage pas toutes mes idées sur ce sujet, ne peut, dans sa thèse, s'empêcher de faire ressortir l'influence excessive d'une semblable cause, en la rapprochant, il est vrai, par son mode d'action, des violences exté-

rieures. Il constate cependant que, sur 20 cas dans lesquels la cause probable avait été notée avec un soin suffisant, six fois au moins le début de la maladie avait paru être sous la dépendance d'un rapprochement sexuel récent, et deux autres fois elle avait reconnu pour point de départ une véritable grossesse extra-utérine. Dans notre observation 5, citée plus haut, le coït exerce une influence manifeste qui ne peut être atribuée ni à un excès vénérien ni à une violence résultant de l'acte conjugal.

IV. *Symptomatologie.* — En général le début de la maladie est plutôt rapide et instantané que lent et progressif, ce qui se comprend du reste, car il s'agit ici d'une hémorrhagie, et le sang doit assez rapidement s'épancher hors de ses voies pour former une collection morbide; nous verrons plus loin, à propos de la marche de la maladie, quelles irrégularités on remarque dans l'aggravation ou la rémission des symptômes, que nous allons plutôt énumérer que décrire.

La douleur est un des premiers qui apparaissent; elle peut, pendant quelque temps, rester sourde, gravative, stationnaire, et bornée à un des côtés de l'abdomen dans la région de l'ovaire qui doit être le point de départ de l'hémorrhagie; mais c'est là un prodrome, un signe se rattachant plutôt à la congestion de l'ovaire, qu'un symptôme révélant l'existence actuelle de l'hématocèle. Plus tard, lorsque cette dernière est définitivement produite, la douleur devient plus aiguë et plus intense; quelquefois elle a une acuité extrême, qui arrache des cris à la malade, et elle se répand dans tout l'abdomen; elle est alors l'indice de la péritonite qui survient par suite de l'extravasation sanguine faite dans la séreuse abdominale, et qui a pour résultat définitif l'enkystement du liquide épanché. A une époque plus éloignée du début, la douleur, tout en conservant une grande intensité, est moins aiguë, elle devient gravative, s'accompagne d'une sensation de lourdeur, de pesanteur, avec des exacerbations passagères rappelant très-bien les coliques ou tranchées utérines, et ayant quelquefois un caractère expulsif très-marqué. Un autre genre de douleur qui se remarque aussi dans le cours de la maladie est la douleur névralgique, laquelle retentit sur les nerfs lombo-abdominaux et sur presque toutes les branches émanant soit du plexus lombaire, soit du plexus sacré. Ces douleurs

ne sont pas seulement le résultat de la pression mécanique exercée par la tumeur, sur les troncs nerveux ou sur leurs origines; elles dépendent encore de l'action sympathique exercée sur ces nerfs par tout le système utérin, et se rencontrent souvent au même degré dans une foule d'autres affections des organes génitaux. Je n'y insiste donc pas plus longuement.

Après la douleur, un des phénomènes les plus constants et les plus rapprochés du début est la perturbation apportée dans l'écoulement menstruel. En général, cet écoulement est plutôt augmenté que diminué, nouvelle preuve à ajouter à celles démontrant déjà que la maladie n'est pas toujours le résultat d'une rétention du flux menstruel. Les règles prennent souvent le caractère d'une véritable métrorrhagie, leur durée est surtout plus persistante qu'à l'état normal; et, chose bien importante, le sang évacué renferme souvent des caillots et quelquefois même de véritables débris de muqueuse utérine hypertrophiée. On a vu même expulser une véritable caduque, non pas seulement rudimentaire et à l'état de flocon albumineux, comme M. Pouchet affirme qu'il en est évacué une à chaque époque menstruelle, mais à l'état de membrane parfaitement organisée, comme cela a été constaté par M. Dubois, dans une observation que j'ai rapportée (obs. 3).

Les premiers symptômes que je viens d'énumérer sont rapidement suivis d'une augmentation de volume du ventre, qui se développe même plus que ne sembleraient le comporter les dimensions de la tumeur péri-utérine. Le ventre est donc ballonné, les intestins se remplissent de gaz; mais cependant ils ne rendent pas l'abdomen tellement tendu et volumineux que l'on ne puisse, dans un bon nombre de cas, apprécier, même à l'œil et sans le secours d'une exploration plus directe, l'apparition d'une tumeur qui fait saillie derrière le pubis, et proémine dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, quelquefois dans les deux.

Le tube digestif n'est pas influencé seulement par la présence des gaz intestinaux qui se développent alors; il y a en outre de la soif, de l'inappétence, et surtout des vomissements, lesquels ne diffèrent en rien de ceux qui accompagnent la péritonite, car ils sont surtout occasionnés par le développement de l'inflammation séreuse. La constipation est habituellement remarquée au début et pendant le cours de la maladie, quand la marche est régulière;

mais il survient souvent de la diarrhée avec ou sans ténesme anal, et quelquefois même une diarrhée hectique, surtout si le kyste sanguin s'enflamme et se putréfie, ou s'il s'ouvre dans le rectum, auquel cas les selles deviennent sanglantes et caractéristiques. Dans certaines observations, les selles ont été trouvées sanguinolentes, sans ouverture de la tumeur dans le rectum, et M. Oulmont, ayant vu plusieurs fois de véritables dysentéries, a cru pouvoir établir entre elles et la maladie primitive une telle corrélation de cause à effet, qu'il s'est refusé à les considérer comme de simples coïncidences.

La vessie est influencée à peu près de la même façon que le rectum par le voisinage de la tumeur sanguine. Au début, il y a de la fièvre; les urines sont alors rouges, chargées, sédimenteuses, fébriles en un mot; en même temps il peut y avoir des envies fréquentes d'uriner, accompagnées ou non de ténesme.

La circulation n'est qu'indirectement influencée par la maladie. Lorsque le péritoine s'enflamme, le pouls est dur, petit et rapide; plus tard il se ralentit, en conservant pourtant un certain degré de fréquence, comparativement à ce qu'il est à l'état normal chez les malades.

Lorsque la maladie a duré un certain temps en raison des douleurs éprouvées par la malade, de la quantité de sang qu'elle a perdu, du trouble apporté dans l'exercice de ses fonctions nutritives, il survient chez elle un certain degré d'anémie qui peut être poussé à l'extrême, et se traduit par tous les symptômes caractéristiques dont il n'est pas nécessaire de donner ici l'énumération.

Signes objectifs. Il existe une tumeur dans l'abdomen, et cette tumeur, constituée par du sang, révélera sa présence par des signes physiques bien connus, qu'il suffit de rappeler sans s'arrêter longuement à les décrire. Nous avons déjà parlé de la tuméfaction et de la déformation de l'abdomen appréciables à l'œil. A la palpation, on les reconnaîtra bien mieux encore, et l'on constatera qu'il existe derrière le pubis, et remontant souvent jusqu'à l'ombilic ou même au delà, une tumeur quelquefois trilobée, mais au moins bilobée, dont une des portions, plus dure, plus petite, plus nettement arrondie, occupera sensiblement la ligne médiane, ou sera déjetée du côté opposé à celui qu'occupe l'autre tumeur, s'il

n'y en a qu'une, ou la plus volumineuse des tumeurs latérales s'il y en a deux. Cette tumeur médiane est constituée par l'utérus, que refoule en haut et en avant le sang accumulé dans le péritoine, en arrière de lui ou sur ses côtés. Les tumeurs latérales, moins résistantes, généralement pâteuses et moins bien délimitées, quelquefois fluctuantes, se prolongent vers les fosses iliaques, et s'enfoncent dans l'excavation pelvienne en contournant en arrière l'utérus, pour se joindre mutuellement ou pour se prolonger vers le côté sain, s'il n'y en a qu'une d'appréciable. Ces tumeurs donnent un son mat à la percussion ; on les limite supérieurement par une ligne courbe, à convexité supérieure, et dont les dimensions ni la forme ne varient, suivant les changements de position qu'on fait subir à la malade.

Par le toucher vaginal, on retrouve cette même tumeur faisant saillie dans le vagin, le refoulant en bas, et embrassant le col de l'utérus, surtout en arrière, de façon à le dépasser et à l'enchatonner, en formant autour de lui un bourrelet saillant, sur lequel on perçoit la fluctuation plus facilement que par la palpation abdominale. Cette fluctuation n'est pas un phénomène constant, ni indispensable pour caractériser la maladie. Il arrive souvent que ne l'ayant trouvée ni par le toucher vaginal ni par la palpation hypogastrique, on la reconnaisse en combinant ces deux modes d'exploration. Lorsqu'elle manque complétement, on peut encore constater parfois, avec un peu d'habitude, une rénitence toute spéciale qui n'est pas la fluctuation, mais qui suffit à un doigt exercé pour reconnaître la nature liquide ou semi-liquide de la substance renfermée dans la tumeur. Le toucher vaginal permet encore de reconnaître que l'utérus est refoulé en avant, derrière le pubis, et du côté opposé à celui occupé par la tumeur, qui, tout en étant surtout postérieure, déborde toujours sur un des côtés latéraux plus que sur l'autre, et qui, dans certains cas, comme nous l'avons vu nous-même une fois, est en même temps antérieure, de façon à enfermer l'utérus dans un cercle complet.

L'exploration de la cavité utérine avec l'hystéromètre confirmerait, s'il en était besoin, les résultats fournis par le toucher vaginal sur la situation et la direction de l'utérus.

Quant au toucher rectal soit seul, soit combiné avec le toucher vaginal, il ne peut avoir d'autre but que de permettre de constater

que la tumeur est bien réellement située en arrière de l'utérus, entre lui et le rectum, et de reconnaître sur sa surface des points fluctuants, que les autres modes d'exploration n'auraient peut-être pas permis de rencontrer.

L'inspection des parties génitales externes et l'examen au spéculum ne donnent aucun renseignement utile, car on ne rencontre la coloration violacée du vagin, dont il a été beaucoup parlé il y a quelque temps, que dans les cas d'hématocèles extra-péritonéales et traumatiques, lesquelles sont de véritables thrombus, et on ne l'a jamais notée dans les observations d'hématocèles purement spontanées, dont nous nous occupons surtout ici. Je n'ai pas voulu parler non plus de l'abaissement ou de l'élévation de l'utérus, car il ne m'a jamais été donné d'observer ni l'un ni l'autre de ces états dans les cas qui sont passés sous mes yeux, et je regarde comme tout à fait hypothétiques les conclusions que M. Prost tire de la présence de cette élévation ou de cet abaissement au point de vue du diagnostic.

J'ajouterai aux signes physiques dont je viens de parler la difficulté que l'on éprouve quelquefois à introduire une sonde dans la vessie, par suite du déplacement ou de l'aplatissement que la compression de la tumeur a fait subir à l'urèthre.

V. *Marche de la maladie.*—Nous avons vu que le début est généralement brusque et rapide, et que par conséquent la maladie arrive assez promptement à son summum. Quelquefois pourtant ce début est accompagné d'un peu de malaise, de douleurs lombaires, et d'une sensation de pesanteur dans l'abdomen, surtout vers un des ovaires. Un peu de céphalalgie, quelques nausées, parfois des vomissements, et, dans quelques circonstances, des phénomènes de congestion du côté des seins, coïncidant avec un retard dans l'apparition des règles, font croire à la malade, et souvent au médecin lui-même, qu'il s'agit d'une grossesse commençante. Puis tout à coup surviennent des symptômes plus alarmants de douleur, de gonflement du ventre, accompagnés ou bientôt suivis d'une métrorrhagie, et l'on croit avoir affaire à un avortement, jusqu'à ce que l'on ait reconnu la présence de la tumeur, qui vient ordinairement éclairer sur la véritable nature de la maladie.

Peu de temps après l'apparition de la tumeur, ou même au mo-

ment où elle se forme, apparaissent les symptômes de péritonite, lesquels sont quelquefois fort inquiétants, mais n'ont pas une longue durée. Lorsqu'ils se calment, le sang extravasé dans l'abdomen se trouve circonscrit par des adhérences qui lui forment un kyste, et la malade éprouve une amélioration notable. La maladie perd alors considérablement de son acuité, l'état général va s'amendant, et tous les symptômes diminuent jusqu'à la guérison complète ou jusqu'à ce que survienne une nouvelle recrudescence, laquelle peut avoir lieu à des intervalles indéterminés, mais se fait surtout au moment de l'époque menstruelle. Cette recrudescence, coïncidant avec l'époque menstruelle, et résultant, selon toute probabilité, d'une nouvelle hémorrhagie dont les produits viennent s'ajouter à ceux de l'ancienne, n'est admise que comme un fait exceptionnel par M. le Dr Voisin. Je ne puis partager à ce sujet la manière de voir de cet auteur, car je trouve même, dans les observations que renferme son important travail (1) sur ce sujet, la preuve que l'approche d'une nouvelle époque menstruelle exerce une influence marquée sur ces exacerbations.

Ainsi, en parcourant la thèse de M. Voisin, nous voyons d'abord, page 54, que M. le professeur Nélaton ne partage pas à cet égard les opinions de son élève, puisqu'il dit: «On peut espérer que cette femme guérira, *à moins qu'une nouvelle quantité de sang ne soit épanchée au moment de la prochaine époque menstruelle.*» Le savant clinicien considère donc ce fait comme étant la règle et non pas l'exception.

Dans une observation, à propos de laquelle le diagnostic est douteux, on voit bien manifestement la tumeur augmenter, et les symptômes s'aggraver à chaque époque menstruelle (p. 60 et suiv.), et cela suffirait pour nous déterminer à croire à l'existence d'une hématocèle; mais nous ne voulons pas invoquer ce fait contre M. Voisin, puisqu'il conserve des doutes sur le diagnostic, et nous nous contenterons de rappeler les cas qui pour lui sont probants.

Par exemple :

Observation I. — Une femme fait une chute quinze jours après

---

(1) Il n'est question ici que de la thèse inaugurale de M. le Dr Voisin, le nouvel ouvrage qu'il a publié sur les hématocèles péri-utérines n'étant pas encore paru quand j'ai présenté ce mémoire à la Société des hôpitaux. T. G.

ses règles, et, à l'époque menstruelle suivante, elle a « des douleurs hypogastriques, la marche pénible, la miction et la défécation difficiles ;.... le mois suivant, douleurs plus vives, puis tumeur, » etc. (p. 76).

Obs. II. — « A l'époque menstruelle, le sang n'a pas reparu ; la malade, atteinte des mêmes douleurs que lors de son entrée à l'hôpital, fut forcée de rester quatre semaines au lit..... » (p. 83).

Obs. V. — Femme menstruée le 25 décembre. — « Le 27 janvier, exacerbation des douleurs, qui forcent la malade à entrer à l'hôpital » (p. 88). — « Les 26 et 27 février, pas d'écoulement menstruel » (p. 89). — « Le 25 mars, douleurs vives, expulsives, dans l'hypogastre, dans la région sacrée, dans les aines » (p. 90). — (Malheureusement il n'est pas parlé de la tumeur à ces deux époques ; il est dit seulement, le 2 avril, « qu'elle n'a pas varié. »)

Obs. VII. — « Le 15, la tumeur médiane paraît s'accroître...., la menstruation est apparue aujourd'hui » (p. 97).

Obs. XIX. — « Le 25, apparition du sang menstruel, pas de douleurs. — Le 26, douleurs donnant l'envie d'aller à la selle. — Le 27, dans l'après-midi, la malade est prise de douleurs excessivement vives qui lui arrachent des cris ; ces douleurs font naître le besoin d'aller à la selle. La malade vomit ; le pouls est petit et à 104. Nous constatons que la tumeur remonte aujourd'hui jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; la palpation est douloureuse. » (P. 108.)

Obs. XLI. — « Le 26, règles. — Le 28, la malade a éprouvé d'assez grandes douleurs au ventre avec l'envie d'aller à la selle ; mais elle n'a pas rendu de matières » (p. 117), etc. etc.

Ces citations suffisent pour établir que les faits rapportés par M. Voisin témoignent contre sa manière de voir, relativement à l'influence fâcheuse que l'époque des règles exerce sur la maladie, au point de vue de son aggravation. Si cet auteur s'est laissé induire en erreur à ce sujet, c'est parce qu'il a vu que, pendant la période de décroissance de la maladie, l'apparition des règles, loin de conserver cette fâcheuse influence, peut au contraire en exercer une favorable, et faire présager une diminution notable de la tumeur. Cela est parfaitement vrai pour cette dernière période de la maladie. Si les règles coulent bien et avec facilité, quand la malade

entre en convalescence, elles aident à la résolution de la tumeur, ou du moins cette dernière se trouve ensuite diminuée ; mais, pendant la période d'augment, ou même lorsque l'affection reste stationnaire, il n'en est pas de même, et loin de faciliter la résolution, l'arrivée des règles ne fait, comme on vient de le voir, qu'aggraver les accidents.

Avec les oscillations que nous venons d'indiquer, la durée de la maladie est généralement fort longue, et il est rare qu'elle se borne à un ou deux mois, tandis qu'on la voit souvent se prolonger pendant plus d'un trimestre, et quelquefois d'une année.

VI. *Complications.*—On ne doit considérer comme complications de l'hématocèle que celles des affections survenues pendant son cours, qui paraissent bien manifestement s'être développées sous son influence, et dans ce nombre, nous comprendrons seulement les altérations des organes voisins, dont nous avons déjà indiqué la souffrance dans la symptomatologie. La péritonite est la plus inévitable et la plus à craindre de ces complications. On peut dire d'une façon absolue que toujours elle existe; elle est limitée, dans les cas les plus heureux, à la portion pelvienne du péritoine; c'est elle qui fournit les produits plastiques destinés à enkyster la collection sanguine ; mais même alors elle peut s'étendre et se propager à toute la séreuse, et devenir ainsi une complication fâcheuse dès le début de la maladie. Cependant ce n'est pas à cette époque qu'elle présente le plus de danger ; c'est surtout à une période plus avancée, lorsque la collection s'ouvre dans le péritoine, par suite soit d'une distension trop considérable du sac, soit d'une inflammation qui aurait ulcéré ses parois. Il survient alors une péritonite suraiguë, qui est bien moins une complication qu'une terminaison, car elle enlève la malade en quelques heures.

On comprend également que la vessie et le rectum, comprimés par la tumeur de l'hématocèle, puissent et doivent participer au travail phlegmasique qui se passe autour d'eux ; de là les symptômes propres à la cystite ou à la rectite, qui en sont la conséquence. Dans un certain nombre de cas, on a vu de la dysentérie accompagner l'hématocèle, et on s'est demandé s'il n'y aurait pas là plus qu'une simple coïncidence. Je n'oserais me prononcer sur ce point. Comme pour le péritoine, la collection sanguine peut

s'ouvrir dans la vessie ou dans le rectum, et alors le passage dans la cavité de ces organes des matières contenues dans le sac augmente encore la phlegmasie dont ils étaient atteints; mais ce ne sont plus là de simples complications, ce sont des terminaisons de la maladie.

VII. *Terminaisons et pronostic.*—De toutes les terminaisons, la plus heureuse, et peut-être aussi la plus fréquente, si les malades sont convenablement soignées, c'est-à-dire abandonnées en quelque sorte à elles-mêmes, c'est la résolution. Comme tous les épanchements sanguins colligés au sein de nos tissus, celui qui constitue l'hématocèle est apte à se résorber de lui-même. La sérosité disparait d'abord; la tumeur, qui était fluctuante, ou tout au moins rénitente, devient de plus en plus dure, jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un noyau d'induration qui finit par disparaitre à son tour. D'autres fois, soit que la collection soit plus abondante, soit que de nouvelles poussées sanguines viennent augmenter sa quantité à des époques plus ou moins éloignées, soit enfin que le kyste s'enflamme et s'ulcère, en perforant les parois des organes qui l'avoisinent, la collection s'ouvre ou dans le péritoine, ou dans un des organes creux qui l'environnent. Dans le premier cas, il survient ordinairement, comme je viens de le dire, une péritonite suraiguë, promptement mortelle; dans le second, le kyste, mis en communication soit avec le vagin, soit avec la vessie, soit avec le rectum, s'évacue, en versant son contenu dans ces cavités ouvertes au dehors. La guérison peut avoir lieu, et la terminaison est surtout plus favorable, si l'ouverture se fait dans le vagin, que si elle se fait dans le rectum ou dans la vessie; cependant, même dans ce cas le plus favorable, la guérison, quand elle a lieu, est moins prompte, moins assurée, moins exempte d'accidents, que s'il y a résolution pure et simple; c'est qu'en effet le foyer ainsi ouvert ne se vide pas toujours complétement, et ne se déterge pas avec facilité. Le plus souvent au contraire il s'enflamme; les matières qu'il renferme encore se putréfient, ainsi que ses parois, et les malades se trouvent alors exposées à deux chances de mort: ou elles succombent par suite de l'infection putride, ou elles sont emportées par la fièvre hectique, qui est la conséquence de cette suppuration intarissable.

VIII. *Diagnostic.* — Si une femme est prise de troubles graves de la menstruation, consistant soit en un arrêt brusque du sang menstruel, soit en une hémorrhagie plus abondante et plus prolongée que d'habitude, le tout accompagné de douleurs et de tension du ventre, il y a lieu de songer à la production d'une hématocèle péri-utérine, et de pratiquer le toucher. Si l'on trouve dès le début une tumeur volumineuse, molle, pâteuse, ou fluctuante, saillante au pourtour du col de l'utérus, qu'elle déborde surtout en arrière ; si cette tumeur se prolonge en arrière et sur les côtés jusqu'au-dessus de la matrice, pour se continuer vers le détroit supérieur du bassin, et pouvoir être retrouvée à l'hypogastre par le palper abdominal; si elle est modérément chaude et peu douloureuse à la pression, on reconaitra qu'elle est en effet constituée par une hématocèle péri-utérine. On pourrait cependant la confondre avec quelques autres tumeurs de la même région, telles que le phlegmon péri-utérin, les kystes de l'ovaire, les tumeurs fibreuses.

Le diagnostic le plus difficile à établir est bien certainement celui qui consiste à différencier le phlegmon péri-utérin de l'hématocèle, et je crois même que, dans bon nombre d'observations publiées, l'erreur a dû être commise. Évidemment, si l'on était toujours appelé dès le début, on ne saurait hésiter une seule minute entre un phlegmon commençant et une hématocèle qui vient de se produire; car, au début, le phlegmon est constitué par une tumeur généralement circonscrite, dure, chaude, douloureuse au toucher, sur laquelle on perçoit des battements artériels, et qui s'accompagne de symptômes fébriles très-marqués; tandis que la tumeur de l'hématocèle est diffuse, très-volumineuse, molle ou fluctuante, à peine sensible au toucher, elle ne donne lieu à aucuns battements artériels perceptibles, et avec elle il n'y a pas trace de fièvre. Mais plus tard, si le phlegmon suppure, il forme une tumeur plus volumineuse, qui devient à son tour molle, pâteuse, fluctuante, tandis que la tumeur de l'hématocèle, qui s'est enkystée, dont les produits liquides se résorbent, diminue de volume, se circonscrit, devient dure, et, par la phlegmasie qu'elle développe dans le péritoine, provoque la production de battements artériels, analogues à ceux du phlegmon, tout en déterminant un mouvement fébrile plus ou moins intense. Ce n'est donc plus dans l'examen des signes physiques qu'il faut alors chercher la différence qui doit

séparer le phlegmon de l'hématocèle, mais bien dans l'ensemble de la maladie, principalement dans l'étude des commémoratifs ; et encore devra-t-on souvent conserver des doutes, et hésiter à se prononcer, tant qu'on n'aura pas observé pendant quelques jours la marche de la maladie.

C'est encore et surtout par la marche différente de l'affection que l'on distinguera des hématocèles les kystes ovariques et les tumeurs fibreuses de l'utérus, qui peuvent aussi donner lieu à des troubles menstruels, mais qui ont un début beaucoup moins rapide, et se distinguent surtout par la différence de consistance que les deux espèces de tumeurs, les unes solides, les autres liquides, donnent au toucher. Cependant, je le répète, les hématocèles peuvent donner à leur début la fluctuation des tumeurs liquides, et présenter au contraire la dureté des tumeurs fibreuses, quand elles ont quelques semaines ou quelques mois de durée, et sont en voie de résorption.

Je crois devoir borner à ces quelques considérations ce que j'ai à dire du diagnostic, en renvoyant, pour plus amples renseignements, à l'article dans lequel j'ai tracé, avec tout le soin qu'il comporte, l'exposé des symptômes caractéristiques de l'hématocèle. Je ne dirai pas en quoi cette affection diffère d'une grossesse commençante, car je ne crois pas qu'il soit possible de s'y méprendre. Pour un motif tout différent, je ne ferai pas le diagnostic différentiel d'avec une grossesse extra-utérine ; car je cherche en vain un signe, si léger qu'il soit, sur lequel on puisse baser ce diagnostic ; et ce n'est pas une des moindres raisons que je puisse invoquer en faveur de mon idée d'assimiler les hématocèles péri-utérines aux grossesses extra-utérines (1).

IX. *Traitement.* — Le traitement des hématocèles péri-utérines a été d'abord institué par Récamier. Ce praticien, ouvrant toutes les tumeurs fluctuantes du bassin, a soumis au même traitement les tumeurs sanguines, et cela, sans même avoir au préalable re-

(1) « Reconnaissons donc franchement qu'il n'y a aucune différence fondamentale entre ces tumeurs sanguines (provenant de la rupture d'un kyste fœtal) et les hématocèles, et qu'il n'y a pas par conséquent à se préoccuper beaucoup des erreurs de diagnostic qui peuvent être le résultat de cette sorte de confusion » (Aran, *Leçons cliniques,* etc., p. 800, troisième fascicule ; 1860).

connu leur nature; il a obtenu ainsi quelques guérisons. Cet exemple fut suivi plus tard par presque tous les chirurgiens et notamment par M. Nélaton; mais ce judicieux praticien ne persista pas longtemps dans de tels errements; il reconnut bien vite la mauvaise influence de cette pratique, et maintenant il s'abstient autant que possible de toute opération.

D'après mon expérience personnelle, je crois avec lui qu'il est prudent de suivre pour les hématocèles péri-utérines les préceptes si sagement tracés par M. Velpeau pour les collections sanguines, considérées en général, et de ne les ouvrir qu'à son corps défendant, en cas d'absolue nécessité seulement. Néanmoins telles circonstances pourront se présenter qui rendront l'opération nécessaire, inévitable. Ainsi la poche sera énormément distendue, elle menacera de se rompre, et alors il y aura lieu de redouter que l'ouverture spontanée se fasse non pas dans un organe communiquant avec l'extérieur et par l'intermédiaire duquel le sang colligé pourra être évacué au dehors, mais dans le péritoine; ou bien la tumeur se sera enflammée et l'on aura acquis la certitude qu'elle renferme non plus seulement du sang, mais un liquide purulent; alors, et de toute nécessité, il faudra opérer.

Comment procédera-t-on?

En général, il y aura toujours avantage à opérer par le vagin, à moins que la tumeur ne soit trop élevée dans l'abdomen et fasse une saillie considérable sous la peau, tout en étant fort éloignée des culs-de-sac vaginaux, de telle sorte qu'il y ait véritable danger ou difficulté réelle à l'attaquer par le vagin. Sauf ces cas exceptionnels, c'est toujours par ce conduit que je conseillerais d'opérer; et, suivant en cela les préceptes tracés par M. Huguier, je préférerais user du trois-quarts plutôt que du bistouri. Un trois-quarts de très-gros calibre sert à ponctionner le point du vagin sur lequel l'hématocèle fait le plus de saillie et où elle est le plus fluctuante. La canule du trois-quarts est remplacée par une sonde en caoutchouc, ou, si l'on veut, laissée à demeure, mais avec cette précaution indispensable, que l'on introduit dans sa cavité une sonde terminée par un bout mousse arrondi, afin d'empêcher les parois du kyste de venir se blesser, se déchirer elles-mêmes sur l'extrémité de la canule. En laissant ainsi l'instrument en place, on permet au liquide de s'écouler

peu à peu et de lui-même. On peut à la rigueur aider à cet écoulement en pratiquant quelques injections ; mais il faut le faire avec de bien grandes précautions, car j'ai vu une péritonite suraiguë se produire et donner la mort en quelques heures à la suite d'une simple injection d'eau tiède faite dans de semblables circonstances (obs. 3). Peut-être vaut-il mieux attendre quelques jours avant de faire ces injections, auxquelles il est utile de mêler de la teinture d'iode, afin de combattre la putridité. Si l'ouverture faite par le trois-quarts n'est pas assez grande pour donner libre écoulement aux liquides morbides et à ceux provenant des injections, on peut, au bout de cinq à six jours, l'agrandir avec un bistouri boutonné. Quand le foyer est ainsi ouvert, les forces de la malade doivent être relevées et soutenues par un régime réparateur et un traitement tonique qu'il serait superflu de formuler ici.

Mais la ponction dont nous venons de nous occuper doit être réservée pour les cas exceptionnels. Comment devra-t-on se conduire dans les autres? par quels moyens combattre le mal et se mettre en mesure d'éviter de recourir à cette ressource ultime et presque désespérée? Le traitement, tout en étant expectant relativement à l'opération, est loin d'être inactif. Bien au contraire, on peut, je dirai même on doit agir avec une certaine énergie contre l'hématocèle. Les émissions sanguines au début sont extrêmement efficaces, surtout pour modérer la phlegmasie péritonéale qui est la conséquence inévitable de la présence du sang dans la cavité séreuse. Les émissions locales par les ventouses et préférablement par les sangsues nous ont paru avoir plus d'efficacité et moins d'inconvénients que les saignées générales, qui ne doivent cependant pas être complétement proscrites.

Ces émissions sanguines doivent être renouvelées plusieurs fois et assez largement, surtout au début de la maladie et aux époques correspondant aux époques menstruelles; le ventre doit être tenu libre, mais il faut se garder de recourir aux purgatifs drastiques, surtout à l'aloès, qui, en congestionnant la partie inférieure du tube digestif, pourrait augmenter la tendance à l'hémorrhagie. On préférera les purgatifs salins : sulfate de soude, de magnésie, l'eau de Sedlitz ou de Pulna, et l'huile de ricin. On évitera aussi de donner des lavements, qui, en distendant le rectum comprimé par le kyste, deviendraient une cause de souffrances inutiles.

La diète à laquelle les malades seront soumises les premiers jours devra être promptement remplacée par un régime réparateur aussitôt que les symptômes fébriles auront cédé, et alors on cessera les émissions sanguines et l'on pourra employer les révulsifs cutanés; tout en se demandant si leur efficacité est bien réelle dans ces cas, et si, la maladie une fois en voie de résolution, cette résolution ne se ferait pas aussi rapidement sans eux que sous leur influence.

Les exemples de guérison solide et relativement rapide obtenue par ce traitement fourmillent maintenant dans tous les recueils. On en trouvera deux (obs. 5 et 6) dans la première partie de ce mémoire; j'en ai publié un autre dans *l'Union médicale* (numéro du 10 novembre 1855). Il serait donc oiseux d'ajouter de nouveaux faits à ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour, et j'allongerais inutilement ce mémoire, si je produisais toutes les observations que j'ai recueillies et que j'avais préparées pour cela, car le point de thérapeutique à la démonstration duquel elles peuvent servir n'est plus contesté par personne.

ERRATUM.

Page 15, ligne 9, *au lieu de* on a cherché, *lisez* on a renoncé.

TABLE.

PARIS. — RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31